



Henkilötiedot

Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
----------	----------	---------------

Terveyttä ja elämäntapoja koskevat tiedot Kerro terveydentilastasi rehellisesti ja parhaan ymmärryksesi mukaan.

Tunnetko olevasi terve?	Uskotko, että kykenet suorittamaan palveluksen loppuun asti?	Minkälaisin ajatuksin tulet varusmiespalvelukseen?	
<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en osaa sanoa <input type="checkbox"/> en	<input type="checkbox"/> myönteisin <input type="checkbox"/> osittain myönteisin, osittain kielteisin <input type="checkbox"/> kielteisin	
Selviän fyysisestä rasituksesta varusmiespalveluksen aikana		Miten hyvin nuket?	Pituus <input type="text"/> cm Paino <input type="text"/> kg
<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> melko varmasti <input type="checkbox"/> en osaa sanoa <input type="checkbox"/> en	<input type="checkbox"/> hyvin <input type="checkbox"/> ajoittain ongelmia <input type="checkbox"/> huonosti		
Käytätkö lääkkeitä?	Jos käytät, niin mitä?	Käytätkö alkoholia? Jos käytät, kuinka monta alkoholiannosta juot viikossa?	Käytätkö tupakkatuotteita? Keskim. savukkeita, nuuskapusseja tai sähkösavukkeen käyttökertoja/vrk
<input type="checkbox"/> säännöllisesti <input type="checkbox"/> joskus <input type="checkbox"/> en		<input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> alle 1 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-8 <input type="checkbox"/> yli 8 annosta	<input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä <input type="text"/> krt/vrk

Sairaudet ja oireet

Jos kyllä, selvitys: Kerro tarkemmin sairauden tai oireen nimi ja muita mahdollisia lisätietoja. Milloin sairaus tai oire ilmeni? Missä sinua hoidettiin, kauanko hoito kesti? Aiheuttaako sairaus tai oire toimintarajoituksia tällä hetkellä?

Onko sinulla ollut seuraavia sairauksia ja oireita?

	Ei	Kyllä
--	-----------	--------------

Selässä tuki- ja liikuntaelinsairaus tai vamma (kuten toistuva/jatkuva kiputila, murtuma tms.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polvessa tuki- ja liikuntaelinsairaus tai vamma (kuten toistuva/jatkuva kiputila, murtuma tms.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nilkassa tuki- ja liikuntaelinsairaus tai vamma (kuten toistuva/jatkuva kiputila, murtuma tms.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jokin muu tuki- ja liikuntaelinsairaus tai vamma (kuten toistuva/jatkuva kiputila, murtuma tms.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toistuvia nivelten sijoiltaanmenoja (kuten olkapää, polvilumpio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aivotärähdykset, kallovammat tai kallonmurtumat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ilmarinta, kylkiluumurtumia tai muu keuhkon/rintakehän vamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aineenvaihdunta-, umpieritys- ja ravitsemussairaus (esim. kilpirauhasen vajaatoiminta, diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sydän- ja verisuonisairaus (esim. sydänvika, kohonnut verenpaine, toistuvia rytmihäiriöitä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valko-/kylmänsormisuus tai Raynaudin tauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma, lapsuuden astma tai muu astmalääkkeiden käyttöä edellyttävä sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu pitkäaikainen hengityselinsairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veren yskiminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jatkuu seuraavalla sivulla.

Sairaudet ja oireet (jatkuu)

Jos kyllä, selvitys: Kerro tarkemmin sairauden tai oireen nimi ja muita mahdollisia lisätietoja. Milloin sairaus tai oire ilmeni? Missä sinua hoidettiin, kauanko hoito kesti? Aiheuttaako sairaus tai oire toimintarajoituksia tällä hetkellä?

Onko sinulla ollut seuraavia sairauksia ja oireita?**Ei** **Kyllä**

Allergia, ihosairaus, jokin muu yliherkkyys

Hermoston sairaus (esim. päänsärkyä, migreeni tai epilepsia)

Aivokalvontulehdus, aivotulehdus

Huimausta, pyörtymisiä, tajunnantason häiriöitä

Krooninen (pitkäaikainen) suolistosairaus (mm. tulehduksellinen suolistosairaus, ärtynyt suoli -oireyhtymä)

Herkästi oireileva närästys

Herkästi oireileva laktoosi-intoleranssi, ruoka-aineallergia, keliakia

Tyrä (nivus, kives, napa, pallea, vatsanpeitteiden)

Synnynnäinen vika tai puutos

Alentunut näkökyky (silmälasit), värisokeus, hämäräsokeus, muu silmäsairaus

Alentunut kuulo tai kuulovika

Puhevika

Toistuvia hengitystietulehduksia, nielutulehduksia, sairastettu poskiontelon tulehdus tai otsaontelon tulehdus

Toistuvia nenäverenvuotoja (yli kerran kuukaudessa)

Tarttuva, pitkäaikainen infektiosairaus (mm. hepatiitti, HIV-infektio, tuberkuloosi)

Mielenterveyden häiriö (mm. masennus, ahdistuneisuus, paniikkihäiriö)

Keskittymisvaikeuksia

Tehty leikkaus tai muu sairaalahoitoa vaatinut sairaus tai vamma

Lukihäiriö

Korkean paikan kammo

Ahtaan paikan kammo

Herkästi oireileva merisairaus

Herkästi oireileva matkapahoinvointi.

 Kerro tarkemmin kuinka usein koet matkapahoinvointia? Toisinaan Runsaasti

Näöntarkkuus. Näöntarkkuuden mittayksikkönä käytetään visus-arvoa. Selvitä tarkat arvosi lääkäriltä, optikolta tai terveydenhoitajalta. Visus-arvo ei ole sama asia kuin silmälasien voimakkuus.

Muita mahdollisia lisätietoja:

Potilastietojen hankkiminen: Annan Puolustusvoimille ja Rajavartiolaitokselle luvan hankkia potilastietojani muilta terveydenhuollon toimintayksiköiltä, Reseptikeskuksesta ja Kansallisesta terveysarkistosta tämän erikoisjoukkoihin hakeutumista koskevan hakemukseni käsittelyä ja siihen liittyen palveluskelpoisuuden määrittämistä varten. Minua tutkineet ja hoitaneet lääkärit, muut terveydenhuollon ammattihenkilöt, sairaalat, terveyskeskukset, neuvolat, mielenterveystoimistot, yksityiset sairaanhoitolaitokset ja muut terveydenhuollon toimintayksiköt saavat luovuttaa tämän hakemuksen käsittelemistä ja palveluskelpoisuuden määrittämistä varten tarpeelliset terveydentilaani koskevat tiedot Puolustusvoimille ja Rajavartiolaitokselle. Hakemukseni käsittelyä varten tarvittavien tietojen hankkimiseksi Puolustusvoimat ja Rajavartiolaitos voivat luovuttaa edellä mainituille tahoille terveydentilaani koskevia yksilöityjä tietoja.

Paikka ja päiväys

Hakijan allekirjoitus ja nimenselvennös