



## Personuppgifter

Fullständigt namn	Personbeteckning
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Utbildning	Tjänstuglighetsklass (exkl. kvinnor)

## Uppgifter om sökandens hälsa

Har du haft?	Nej	Ja	Utredning (fortsätt vid behov på omstående sida)
Återkommande svår huvudvärk, migrän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Svindel, svimningsanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psykiska störningar, depression, ångest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alkoholmissbruk, narkotikamissbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjärnhinneinflammation (meningit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Svalginflammationer (faryngit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Öroninflammationer (otit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fel på hörseln, öronsjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bihåleinflammationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Talfel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ögonsjukdomar/brytningsfel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Astma eller annan lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leversjukdomar, gulsot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ledinflammationer, reuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skelett- och muskelsjukdomar (rörelseorganens sjukdomar eller besvär)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIV-positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blodsjukdomar och anemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjärt- och kärlsjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blodtryckssjukdom (hypertoni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Livsmedels- eller läkemedelsöverkänslighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medfödda fel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sjukvård, olyckor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medvetlöshetsattacker/kramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Funktionella faktorer

<b>Synförmåga (kryss i rutan):</b>		
Glasögon	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Glasögonens styrka: höger _____ vänster _____
<input type="checkbox"/> brytningsfel	<input type="checkbox"/> dubbelseende	<input type="checkbox"/> färgblindhet <input type="checkbox"/> annat, vad _____
<b>Hörsel (kryss i rutan)</b>		
<input type="checkbox"/> hörselskada, orsak _____	<input type="checkbox"/> tinnitus	<input type="checkbox"/> annat, vad _____

## Hälsvanor

### Motionsintressen

Gånger per vecka \_\_\_\_\_ Timmar sammanlagt per vecka \_\_\_\_\_

Motionsgrenar

### Tobak/snus (kryss i rutan):

jag röker inte  sporadiskt  regelbundet \_\_\_\_\_ cigaretter/dag

### Alkoholkonsumtion

uppskattning/  
vecka \_\_\_\_\_

### Användning av läkemedel

jag använder inte  jag använder, preparatets namn/dos/tid \_\_\_\_\_

### Användning av narkotika

jag använder inte  sporadiskt  jag har prövat

## Närmare tilläggsutredningar

Jag intygar att jag har besvarat ovanstående frågor sanningsenligt och enligt bästa förstånd.

Ort

Datum

Underskrift