



## Personuppgifter

Efternamn	Alla förnamn	Personbeteckning
-----------	--------------	------------------

Uppgifter gällande hälsa och levnadsvanor Berätta om ditt hälsotillstånd ärligt och efter bästa förstånd.

Känner du dig frisk?	Tror du att du klarar av att slutföra beväringstjänsten?	Vilka förväntningar har du på beväringstjänsten?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> vet ej <input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> positiva <input type="checkbox"/> delvis positiva, delvis negativa <input type="checkbox"/> negativa
Jag klarar av den fysiska ansträngningen under beväringstjänsten.		Hur bra sover du? <span style="float:right">Längd <input type="text"/> cm <input type="text"/> kg</span>
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ganska säkert <input type="checkbox"/> vet ej <input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> bra <input type="checkbox"/> har tidvis sömnproblem <input type="checkbox"/> dåligt	
Använder du läkemedel? <span style="float:right">Om ja, vilka? <input type="text"/></span>	Dricker du alkohol? Om ja, hur många portioner alkohol dricker du per vecka?	Använder du tobaksprodukter? Antal cigaretter, portioner snus eller användning av elcigaretter (gångar)/dygn i medeltal?
<input type="checkbox"/> Regelbundet <input type="checkbox"/> Ibland <input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> mindre än 1 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-8 <input type="checkbox"/> över 8 portioner	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja <input type="text"/> ggr/dygn

## Sjukdomar och symptom

**Om du svarade jakande**, ange sjukdomens eller symptomets namn noggrannare och ge eventuella ytterligare uppgifter. När bröt sjukdomen ut? När uppkom symptomet? Var vårdades du, under hur lång tid? Föranleder sjukdomen eller symptomen funktionsbegränsningar för närvarande?

## Har du haft följande sjukdomar och symptom?

Nej Ja

Rörelseorganens sjukdomar eller skador som gäller ryggen (såsom återkommande/kontinuerligt smärttillstånd, fraktur eller motsv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörelseorganens sjukdomar eller skador som gäller knät/knäna (såsom återkommande/kontinuerligt smärttillstånd, fraktur eller motsv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörelseorganens sjukdomar eller skador som gäller vristen/vristerna (såsom återkommande/kontinuerligt smärttillstånd, fraktur eller motsv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan sjukdom eller skada i rörelseorganen (såsom återkommande/kontinuerligt smärttillstånd, fraktur eller motsv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upprepade urledvridningar (såsom axeln, knäskålen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärnskakning, skullskada eller skallfraktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumothorax, revbensfraktur eller annan skada på lungor/bröstorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ämnesomsättnings- och näringsssjukdomar och endokrina sjukdomar (t.ex. underfunktion i sköldkörteln, diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärt- och kärlsjukdomar (t.ex. hjärtfel, förhöjt blodtryck, återkommande rytmstörningar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vita eller kalla fingrar eller Raynauds sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma, barnastma eller annan sjukdom, som förutsätter att man använder astmamedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan långvarig sjukdom i andningsorganen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upphostning av blod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsätter på nästa sida.

<b>Sjukdomar och symptom (fortsätter)</b>		<b>Om du svarade jakande</b> , ange sjukdomens eller symptomets namn noggrannare och ge eventuella ytterligare uppgifter. När bröt sjukdomen ut? När uppkom symptomet? Var vårdades du, under hur lång tid? Föranleder sjukdomen eller symptomen funktionsbegränsningar för närvarande?	
<b>Har du haft följande sjukdomar och symptom?</b>	<b>Nej</b>	<b>Ja</b>	
Allergi, hudsjukdom, annan överkänslighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sjukdomar i nervsystemet (t.ex. huvudvärk, migrän eller epilepsi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjärnhinneinflammation, hjärninflammation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Svindel, svimning, störningar i medvetandenivån	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kronisk (långvarig) tarmsjukdom (bl.a. inflammatorisk tarmsjukdom, irriterad tarm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Halsbränna som lätt ger symptom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Laktosintolerans som lätt ger symptom, födoämnesallergi, celiaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brock (ljumsk-, testikel-, navel-, diafragma-, bukväggsbräck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medfött fel eller medfödd brist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nedsatt syn (glasögon), färgblindhet, nattblindhet, annan ögonsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nedsatt hörsel eller fel på hörseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Talfel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Återkommande inflammationer i andningsvägarna, svalginflammationer, har haft bihåleinflammation eller pannhåleinflammation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Återkommande näsblödningar (oftare än en gång i månaden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Smittsam, långvarig infektionssjukdom (bl.a. hepatit, HIV-infektion, tuberkulos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psykiska störningar (bl.a. depression, ångest, panikstörning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Koncentrationssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Operation eller annan sjukdom eller skada som krävt sjukhusvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Läs- och skrivsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Höjdskräck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klaustrofobi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sjösjuka som lätt ger symptom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Åksjuka som lätt ger symptom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Berätta närmare om hur ofta du lider av åksjuka. <input type="checkbox"/> Ibland <input type="checkbox"/> Ofta
Synskärpa. Som måttenhet för synskärpa används visusvärdet. Utred dina noggranna värden hos en läkare, optiker eller hälsovårdare. Visusvärdet är inte samma sak som glasögonstyrka.	Andra eventuella tilläggsuppgifter:		
Beställning och överlåtande av patientuppgifter: Jag ger Försvarsmakten och Gränsbevakningsväsendet tillstånd att beställa mina patientuppgifter av andra verksamhetsenheter inom hälsovården, Receptcentret och det nationella hälsoarkivet för behandling av min ansökan till specialtrupper och för fastställande av min tjänstduglighet i anslutning till detta. De läkare och andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, sjukhus, hälsocentraler, rådgivningar, mentalvårdsbyråer, privata sjukvårdsinrättningar och andra verksamhetsenheter inom hälsovården som undersökt och vårdat mig får till Försvarsmakten och Gränsbevakningsväsendet överlåta sådana uppgifter om mitt hälsotillstånd som behövs för behandling av denna ansökan och fastställande av min tjänstduglighet. I syfte att skaffa de uppgifter som behövs för behandling av min ansökan får Försvarsmakten och Gränsbevakningsväsendet överlåta specificerade uppgifter om mitt hälsotillstånd till de parter som nämns ovan.			
Ort och datum	Den sökandes underskrift och namnförtydligande		