



Person- och basuppgifter

Efternamn		Förnamn		Personbeteckning	
Utdelningsadress		Postnummer	Postanstalt	Yrke	
Identitet		Den undersöktes åsikt om sin nuvarande hälsa		Använder du läkemedel ofta eller regelbundet	
<input type="checkbox"/> personen känd	<input type="checkbox"/> konstaterad på basen av identitetsbevis	<input type="checkbox"/> har inte konstaterats	<input type="checkbox"/> god	<input type="checkbox"/> tämligen god	<input type="checkbox"/> dålig
Föremål för läkarundersökning		Fynd		Inverkar på tjänstdugligheten/ tjänstgöringssäkerheten	
		Normal/t/a	Avvikande	Ja	Nej
1.Allmänt intryck					
2.Kroppsbyggnaden					
3.Muskulaturen					
4.Psykiskt tillstånd					
5.Nervsystemet					
6.Hjärtat och cirkulationsorganen					
7.Lungorna					
8.Munnen, näsan, svalget					
9.Tänderna					
10.Trumhinnorna					
11.Hörseln					
12.Magen					
13.Färgsinnet: vilken metod ?					
14.Huden					
15.Övre extremiteterna					
16.Nedre extremiteterna: knäna, vristerna					
17.Ryggen					
18.Övrigt fynd, vad?					
19.Vikt kg Längd cm BMI					
20.Blodtryck / mm Hg					
Övriga faktorer som påverkar tjänstgöringen		Ja	Nej	Ja	Nej
21.Problem med rörelseorganen					
22.Läkemedel med betydelse för tjänstgöringen					
23.Övrigt som påverkar tjänstgöringen, vad?					
24.Bör deltagande i motion och idrott begränsas?					
25.Konstaterade allergier					
Punkt	Sjukdomens art, begynnelse datum, vård, sjukhus eller läkare, återfall och andra följder			Andra fynd	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
Den undersöktes underskrift	Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är sanningsenliga.			<input type="checkbox"/> Fortsätter i bilaga _____ Bilagor _____ st	
	Ort och tid	Underskrift			

Läkarens uppgifter om den undersökte

Känner inte till den undersöktes hälsotillstånd Känner till den undersöktes hälsotillstånd

Jag har följt hälsotillståndet hos den undersökte:

1) personligen sedan år _____

2) utifrån handlingar sedan år _____

Punkt Tilläggsutredningar (bl.a. laboratorieundersökningar, audiometerundersökningar), se skild bilaga

Syn utan glasögon h/v

Syn med glasögon h/v

Högra ögat sf D | cyl D | ax °

Vänstra ögat sf D | cyl D | ax °

Utlåtande om lämplighet för beväringstjänstgöring

<input type="checkbox"/> lämplig	<input type="checkbox"/> med vissa begränsningar lämplig (se utredn. ovan)	<input type="checkbox"/> olämplig (se utredningarna ovan)
1. Läkarutlåtande (förhandsgranskning) Jag anser att den undersöktes tjänstduglighetsklass enligt försvarsmaktens anv. om hälsogranskning (TTO) är: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E ____ år	ICD-diagnoskod(er)	2. Läkarutlåtande (uppbåd) Jag anser att den undersöktes tjänstduglighetsklass enligt försvarsmaktens anv. om hälsogranskning (TTO) är: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> E ____ år
ICD-diagnoskod(er)		
Övriga anmärkningar (bl.a. eventuella andra inskränkningar i tjänstdugligheten)		Övriga anmärkningar (bl.a. eventuella andra inskränkningar i tjänstdugligheten)
Datum och läkarens underskrift		Datum och läkarens underskrift
Namnförtydligande, stämpel Tjänsteställning, inrättning/tjänsteproducent		Namnförtydligande, stämpel Tjänsteställning, inrättning/tjänsteproducent

Regionalbyråns/Uppbådsnämndens beslut om tjänstduglighetsklass

Datum	Regionalbyrå/Uppbådsnämnd	Tjänstduglighetsklass
Beslutsfattarens grad, namn och tjänsteställning		