



Lämnade uppgifter handhas under överinseende av läkare och är sekretesskyddade enligt 7 kap 1 och 12 §§ sekretesslagen (1980:100)

Efternamn

Förnamn

Personnummer

MEDICINSK HÄLSODEKLARATION inför prövning till polisutbildning

Fyll i blanketten och ta med den till läkarundersökningen.

Om du har eller har haft någon sjukdom eller skada som du tror kan ha betydelse för din uttagning skall du ta med läkarintyg eller journalkopia till läkarundersökningen. Begär dessa handlingar från din läkare (t.ex. distriktsläkare, sjukhusläkare) i god tid.

- | | | | | | |
|---|----|-----|--|----|-----|
| 1. Anser du dig frisk? | ja | nej | 2. Använder du regelbundet eller periodvis någon medicin?
Vilken medicin: | ja | nej |
| 3. Har du varit eller går du på sjukhus eller annan läkarmottagning för utredning, behandling eller vård?
för vad? när? var? | ja | nej | 4. Har du varit sjukskriven senaste året?
Av vilken orsak? | ja | nej |
| 5. Har du varit sjukskriven tidigare?
Av vilken orsak? | ja | nej | 6. Har du någon skada eller sjukdom just nu?
(Medfödd eller förvärvad vilken? | ja | nej |

Har du eller har du haft:

- | | | | | | |
|------------------------------------|----|-----|---|----|-----|
| 7. Torg- eller cellskräck? | ja | nej | 8. Stamning? | ja | nej |
| 9. Stark oro eller ångest? | ja | nej | 10. Tvångstankar eller tvångshandlingar? | ja | nej |
| 11. Perioder med svår nedstämdhet? | ja | nej | 12. Självmordstankar? | ja | nej |
| 13. Psykisk sjukdom? | ja | nej | 14. Kontakt med psykolog, kurator eller läkare för psykiska besvär? | ja | nej |

- | | | | | | |
|--|----|-----|-------------|----|-----|
| 15. Ofta förekommande huvudvärk? | ja | nej | 16. Migrän? | ja | nej |
| 17. Epilepsi eller annan krampsjukdom? | ja | nej | | | |

- | | | | | | |
|--|----|-----|---------------------------------------|----|-----|
| 18. Lätt för att blöda? (ej näsblödning) | ja | nej | 19. Någon blodsjukdom? | ja | nej |
| 20. Attacker eller perioder med svår hjärtklappning eller oregelbunden puls? | ja | nej | 21. Smärtor i bröstet? | ja | nej |
| 22. Svimningsattacker? | ja | nej | 23. Klaffel eller blåsljud i hjärtat? | ja | nej |

- | | | | | | |
|-----------------------|----|-----|------------------------------------|----|-----|
| 24. Ofta ont i magen? | ja | nej | 25. Magsår, mag- eller tarmkatarr? | ja | nej |
| 26. Ofta diarré? | ja | nej | 27. Blod eller slem i avföringen ? | ja | nej |
| 28. Gulsot? (hepatit) | ja | nej | 29. Gall- eller leversjukdom? | ja | nej |

- | | | | | | |
|---|----|-----|---|----|-----|
| 30. Sjukdom i njurar eller urinvägar? | ja | nej | 31. Äggvita, socker eller blod i urinen?
(stryk under vilket) | ja | nej |
| 32. Diabetes (sockersjuka)? | ja | nej | 33. Prostatabesvär eller testikelbesvär?
(besvaras av män) | ja | nej |
| 34. Gynekologiska besvär? (besvaras av kvinnor) | ja | nej | 35. Besvär från bröstet? (cystor, knutor m.m.)
(besvaras av kvinnor) | ja | nej |

- | | | | | | |
|--|----|-----|---------------------------------|----|-----|
| 36. Skelettskada, fraktur? | ja | nej | 37. Stukningar, ledbandsskador? | ja | nej |
| 38. Muskelsjukdom eller ledbesvär? | ja | nej | 39. Ryggbesvär? | ja | nej |
| 40. Nack-, skulder- eller axelbesvär? | ja | nej | 41. Höftledssjukdom/-besvär? | ja | nej |
| 42. Knäbesvär eller knäskada? | ja | nej | 43. Fotledsbesvär? | ja | nej |
| 44. Fotbesvär ?(t.ex. höga fotvalv, plattfot, hudsprickor, nageltrång) | ja | nej | 45. Besvär p.g.a olycksfall? | ja | nej |
| 46. Någon skallskada? | ja | nej | | | |

- | | | | | | | | | |
|------------|----|-----|----------------|----|-----|-----------------------|----|-----|
| 47. Eksem? | ja | nej | 48. Psoriasis? | ja | nej | 49. Annan hudsjukdom? | ja | nej |
|------------|----|-----|----------------|----|-----|-----------------------|----|-----|

50. Lungsjukdom eller långvarig hosta? ja nej 51. Kronisk bronkit? ja nej

Har du eller har du haft allergi eller överkänslighet som ger:

52. Rinnande eller kliande ögon? ja nej 53. Nästäppa/snuva, ”hösnuva”? ja nej
54. Pip i bröstet, tung andning? ja nej 55. Astma? ja nej
56. Eksem eller nässelutslag? (stryk under vilket) ja nej Andra besvär:

Om du svarat ja på någon av frågorna 52-56, besvara då frågorna 57-64

Framkallas allergibesvären av:

57. Pollen (lövträd, gräs och gråbo)? ja nej 58. Damm? ja nej
59. Mögel? ja nej 60. Pälsdjur? ja nej
61. Läkemedel? ja nej 62. Ansträngning? ja nej
63. Kyla? ja nej 64. Annat ? (t.ex. födoämne) ja nej
ange vilka:

65. Öronsjukdom? (ej enstaka inflammationer) ja nej 66. Nedsatt hörsel? ja nej
På vilket öra? Vänster Höger Båda

67. Ögonskada eller ögonsjukdom? ja nej 68. Använder du glasögon och/eller linser? ja nej
(stryk under vilket)

69. Synnedsättning som inte blir bättre med glasögon eller linser? ja nej

70. Nedsatt mörkerseende? ja nej 71. Köldskada/förfrysning? ja nej

72. Är du speciellt känslig för kyla? ja nej

(t.ex. vita fingrar vid lätt kyla)

73. Någon annan sjukdom som ej nämnts ovan? Vilken?

74. Har du normalt luktsinne? ja nej

75. Motionerar du eller är fysiskt aktiv regelbundet? ja nej

Frekvens: 1 gång/vecka 2-3 gånger/vecka 4 gånger eller mer/vecka

Tävlingsidrottar: med vad

76. Anser du dig ha naturvana? (jagar, orienterar, motsv) ja nej

77. Röker du? ja nej 78. Snusar du? ja nej

79. Hur många cl öl dricker du per vecka? 80. Hur många cl vin dricker du per vecka?

81. Hur många cl starksprit dricker du per vecka? 82. Har du någon gång använt anabola steroider? ja nej

83. Har du någon gång använt narkotika?(även hasch) ja nej

Ta med dina glasögon och ditt glasögonrecept till läkarundersökningen.

Om du använder linser skall du ta ut dessa dagen före läkarundersökningen och istället använda dina glasögon.

Om du har nedsatt hörsel medtag hörselkurva om du har en sådan.

Jag försäkrar att ovan lämnade uppgifter angivits sanningsenligt och efter bästa förstånd.

.....
Datum

.....
Din underskrift

Jag medger att hälsodeklaration, vid prövningen upprättat undersökningsprotokoll och eventuella övriga medicinska handlingar får delges berörd uttagningspersonal.

.....
Datum

.....
Din underskrift

.....
Haft del:

.....
Läkare