

Militær helseundersøkelse

1.Egenerklæring om helse

Fortrolig i utfylt stand

NB: Se også baksiden

Navn:

Personnummer:

Har du vært til røntgenundersøkelse eller annen poliklinisk utredning hos spesialist eller på sykehus etter fylte 16 år?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Har du vært sykemeldt i 2 uker eller mer?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Har du vært utsatt for alvorlig ulykke?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Har du hatt fem eller flere dager fravær under utdanning (siste 3 år)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Antall konsultasjoner hos lege de siste tre år:	Antall:	
Har du vært innlagt på sykehus mer enn 3 døgn etter fylte 16 år? Oppgi tidspunkt, årsak, sted og varighet av opphold:	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Har du brukt medisiner regelmessig i perioder på 2 uker eller mer? Oppgi tidspunkt, årsak og varighet av behandling:	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

Har du eller har du hatt en eller flere av følgende lidelser:

Besvimelser, krampeanfallet eller epilepsi	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Regelmessig hodepine eller migræne	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Lese- og skrivevansker (dysleksi)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Reisesyke (bil-, sjøsyke)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Allergi (høysnue, matallergi etc)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Astma eller annen lungesykdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Gjentatte infeksjoner (øre-, bihule- eller lungebetennelse)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Hjertesykdom (medfødt hjertefeil, høyt blodtrykk etc)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Kreft	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Magesår, magekartarr eller annen fordøyelsessykdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Psykiske og mentale problemer	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Misbruk av alkohol	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Misbruk av narkotika	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Sukkersyke eller stoffskiftesykdom	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Nyresykdom (nyrestein etc)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
HIV-smitte	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Ryggsmerter (inkl lumbago, ischas etc)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Andre muskel- sjelettplager (kneleddsmert, bruddskader, senebetennelse, plattfot etc)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Øyesykdom eller svekket syn. Behov for briller eller kontaktlinser, Operasjon?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Øresykdommer (ørebetennelse etc) eller nedsatt hørsel	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Hudsykdommer (eksem, psoriasis etc)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Andre alvorlige eller kroniske sykdommer	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Høyde:	Vekt:	

Jeg bekrefter med dette riktigheten av det overstående, og er klar over at feilaktige opplysninger vil få konsekvenser for søknaden til skolen(e). Jeg godtar at militær lege ved behov innhenter helseopplysninger om meg hos en annen lege eller helseinstitusjon.

Sted og dato: _____ Søkerens underskrift: _____

2. Legeundersøkelse

(kun for legen)

Fortrolig i utfyllt stand

Navn: _____

Legens kommentarer:

INTOPS: Er søkeren klarert for intops? Event når?
(Besvares kun av militær lege)

Klinisk undersøkelse:

Blodtrykk:

Cor:

Pulmones:

Abdomen:

Nevrologi:

Muskel/skjelett:

Urin stix:

Blod:

Sukker:

Hvite:

Visus ukorrigert:

NB: Sjekk for bruk av linser

Visus korrigert:

Korreksjon:

H: V:

H: V:

H: V:

Synsfelt:

Hørsel:

Fargesyn:

Måltall i helseprofil, dato:

(Hvis fraværende eller eldre en 2 år, gjøres hviskeprøve)

Hovedkonklusjon:

- Frisk, uten relevante tidligere eller pågående sykdommer eller sykdomsanlegg som kan påvirke nåværende eller fremtidig fysisk eller psykisk funksjons- og presenasjonsevne.
- Nedsatt syn
- Nedsatt hørsel
- Erkjent eller mistenkt syk, medfølger lidelser og sykdomsanlegg:

Søkers egenerklæring på forsiden er gjennomgått

Dato: ____/____/____

Legens underskrift og stempel _____

Legen sender ferdig utfyllt skjema (egenerklæring + legeundersøkelse) til VPV, Pb 4074, 2306 Hamar. Konvolutten merkes med FOS KS 10. Må være VPV i hende innen 15.02 2010. Kopi av ferdigutfyllt skjema til kandidaten som medbringer dette til opptaket.

VEND

Egenerklæring på forsiden