**FÖRHANDSUPPGIFTER FÖR HÄLSOKONTROLL FÖR UTBILDNING I RÄDDNINGSBRANSCHEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Släktnamn:** | **Förnamn:** | **Personbeteckning:** |
| **Gatuadress:** | **Postnummer:** | **Hemkommun:** |
| **Utbildning:** | **Yrke:** | |
| **Nuvarande arbetsuppgift och arbetsgivare:** | | |

***Tidigare hälsokontroll gjord:*** Nej Ja, år: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Var: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Sjukfrånvaro från jobbet eller studier under föregående 12 månader:***

0–10 dagar  11–30 dagar  över 30 dagar

***Beväringstjänst utförd:***

Nej  Ja, år: \_\_\_\_\_\_ Tjänsteduglighetsklass: \_\_\_\_\_ Uppgift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Egen åsikt om din nuvarande hälsa:***

Bra  Skälig  Dålig

***Regelbunden medicinering:***

Nej  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Använder du tobaksprodukter:***

Nej  Ja \_\_\_\_\_\_\_antal cigaretter/dygn  Har slutat, år? ­­\_\_\_\_\_\_\_\_

***Dricker du alkohol:***

Nej  Ja, portioner /vecka ­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Använder du narkotika eller narkotiska/sedativa läkemedel:***

Nej  Ja

Jag har behandlats för bruk av alkohol eller narkotika.

***Använder du glasögon eller kontaktlinser?***  Nej  Ja

***Motionerar du på fritiden:***

Inte alls  I medeltal 1–2 gånger/vecka

Sporadiskt  I medeltal 3–4 gånger/vecka

Över 4 gånger/vecka

Vilka grenar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Har du någonsin haft följande sjukdomar eller symptom? (Svara ja, fast sjukdomen har blivit konstaterad i barndomen eller för länge sedan).***

*(fortsätter på följande sida)****:***

**Andnöd**  Nej  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pipande ljud vid utandning** Nej  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Långvarig eller återkommande hosta** Nej  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bröstsmärtor** Nej  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Astma**  Nej  Ja  Bara som barn, i vilken åldern: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Luftlungor**  Nej  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hudsjukdom eller eksem**  Nej  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergi**  Nej  Ja, mot vad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Högt blodtryck**  Nej  Ja, när konstaterat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hjärtsjukdom**  Nej  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rytmstörning**  Nej  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Reumasjukdom**  Nej  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ledslitage**  Nej  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rygg- eller nacksjukdom**  Nej  Ja, vilken: ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(t.ex. diskbråck, skolios)*

**Inflammatorisk tarmsjukdom**  Nej  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(t.ex. Crohns sjukdom, ulcerös kolit)*

**Långvarig sömnlöshet**  Nej  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ångest**  Nej  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Depression**  Nej  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Någon annan psykisk sjukdom**  Nej  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ögonsjukdom**  Nej  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fel på färgsynen**  Nej  Ja, när konstaterad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Öronsjukdom**  Nej  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diabetes**  Nej  Ja, när konstaterad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(fortsättning från föregående sida)*

**Sköldkörtelsjukdom**  Nej  Ja, när konstaterad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Blodsjukdom**  Nej  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tumör eller cancer**  Nej  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Svindel**  Nej  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Svimningsanfall**  Nej  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Darrning**  Nej  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Migrän eller någon annan**

**återkommande huvudvärk**  Nej  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Epilepsi**  Nej  Ja, när konstaterad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Störningar i hjärnans blodcirkulation**  Nej  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hjärnskada**  Nej  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sömnapné**  Nej  Ja, när konstaterad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Narkolepsi**  Nej  Ja, när konstaterad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Någon annan neurologisk sjukdom**  Nej  Ja, vilken och när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(t.ex. MS-sjukdom, aneurysm i hjärnartärerna)*

**Någon annan sjukdom eller störning**  Nej  Ja, vilken och när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Har du blivit opererat*** *(t.ex. på grund av en olycka)*

Nej  Ja, vad har blivit opererat och när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Har du någonsin använt medicin som tas via andningsvägarna*** *(s.k. astmapipa)?*

Nej  Ja, vad för medicin och när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Har det någonsin gjorts lungfunktionssundersökningar, t.ex. PEF-uppföljning eller spirometri?***

Nej  Ja, var har undersökningarna blivit gjorda och när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jag intygar att jag har uppgett alla mina sjukdomar och besvarat övriga ovanstående frågor sanningsenligt.**

**Datum och ort: Underskrift:**

***Skriv ut och leverera förhandsuppgiftsblanketten ifylld till läkaren som utför hälsokontrollen. Förhandsuppgiftsblanketten bör icke levereras till Räddningsinstitutet eller arbetsplatsen.***