

HELBREDSSPØRGESKEMA

| |
|--------------------------|
| Navn: |
| CPR-nummer: |
| Adresse: |
| Postnummer og by: |
| Mobilnummer: |

Dato: _____

Du bedes udfylde dette helbredsspørgeskema og sende det til Værnepligtssektionen enten som sikker post via en henvendelsesformular på www.borger.dk eller via fysisk post til:

Forsvarsministeriets Personalestyrelse
Att.: Værnepligtssektionen
Lautruphøj 8 (Postboks 345)
2750 Ballerup

Du kan læse nærmere om, hvordan vi behandler dine personlige data [her](#).

Du er velkommen til at kontakte os på tlf. 72 81 90 00 eller på mail fps-vpl@mil.dk, hvis du har nogle spørgsmål.

Med venlig hilsen

Forsvarsministeriets Personalestyrelse

PERSONLIGE OPLYSNINGER

Skolegang

Hvilken skoleklasse går du i/gik du ud af? _____

Har du fået specialundervisning i skolen? _____

Hvor lang tid? _____

Hvilke fag? _____

Uddannelse

Er du under uddannelse? Nej Ja Forventet afsluttet: måned år

Hvilken? _____

Arbejde

Har du arbejde? Nej Ja Deltid Fuldtid

Hvilket? _____

Hvor mange arbejdspladser har du haft, siden du gik ud af skolen? _____

Fritid

Hvilken sport/motion/aktiviteter dyrker du? _____

SPØRGESKEMA OM HELBRED

Hvor høj er du? _____ cm.

Hvad vejer du? _____ kg.

Nej Ja

Fejler du noget? Hvad? _____

Tager du lægeordineret medicin? Hvor ofte? _____

Hvilken? _____

For hvad? _____

Medfødte sygdomme/misdannelser? Hvilken? _____

Alvorlig smitsom sygdom? Hvilken? _____

(f.eks. tuberkulose, leverbetændelse m.v.)

Hvornår? _____

Kræftsygdom? Hvilken? _____

Hvornår? _____

| | Nej | Ja | |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| Hormon- eller stofskiftesygdome? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sukkersyge? | | <input type="checkbox"/> | Behandling? _____ |
| Anden hormonsygdome? | | <input type="checkbox"/> | Hvilken? _____ |
| Blodsygdome? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hvilken? _____ |
| Er milten fjernet? | | <input type="checkbox"/> | |
| Psykisk sygdome? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Angst <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Andet <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Behandling? _____ |
| Afhængighed/misbrug af: | | | |
| Alkohol <input type="checkbox"/> Hash <input type="checkbox"/> Narkotika <input type="checkbox"/> Medicin <input type="checkbox"/> | | | Behandling? _____ |
| Andre psykiske problemer? | | <input type="checkbox"/> | Hvilken? _____ |
| Sygdome i nervesystemet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Epilepsi? | | <input type="checkbox"/> | Hvornår havde du sidste anfald? _____ |
| Er behandling ophørt? | | <input type="checkbox"/> | Hvornår? _____ |
| Migræne/stærk hovedpine? | | <input type="checkbox"/> | Antal anfald i de sidste 2 måneder? _____ |
| Anden sygdome i nervesystemet? | | <input type="checkbox"/> | Hvilken? _____ |
| Øjensygdome, herunder synsnedsættelse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Bruger du briller eller kontaktlinser? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Er dit syn normalt m. briller/kontaktlinser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Brille-/kontaktlinsestyrke: (anfør +/- foran styrke) | | | Højre: _____ Venstre: _____ |
| Anden øjensygdome? | | <input type="checkbox"/> | Hvilken? _____ |
| Øresygdome, herunder hørenedsættelse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Har du nedsat hørelse? | | <input type="checkbox"/> | |
| Bruger du høreapparat? | | <input type="checkbox"/> | |
| Er du undersøgt på hørecentral? | | <input type="checkbox"/> | Hvor? _____ |
| Anden øresygdome? | | <input type="checkbox"/> | Hvilken? _____ |

Nej Ja

Skal kun besvares af kvinder

Har du eller har du haft tilbagevendende problemer med underlivet?

Hvilken? _____

Sygdomme i hjerte og blodkar?

Hjertesygdom?

Hvilken? _____

Forhøjet blodtryk?

Behandling? _____

Behandling?

Hvilken? _____

Sygdomme i mund, næse, svælg og lunger?

Har du indenfor de sidste 12 måneder haft astma?

I hvilke situationer får du astma?

Får du anfaldsbehandling/forebyggende behandling?

Hvilken? _____

Anden luftvejssygdom?

Hvilken? _____

Sygdomme i mave, tarm, lever m.m.?

Mavesår eller sår på tolvfingertarmen?

Behandling? _____

Er der foretaget kikkert/eller anden undersøgelse?

Hvilken? _____

Tarmbetændelse?

Hvilken? _____

Anden sygdom i fordøjelsesorganer?

Hvilken? _____

Hudsygdomme?

Udbredt eksem eller psoriasis inden for det sidste år?

Hvilken og hvor? _____

Anden hudsygdom?

Hvilken? _____

Sygdomme i nyrer eller blære?

Nyrebetændelse indenfor de sidste 3 år?

Hvilken? _____

Er kontrol ophørt?

Nyrebækkenbetændelse det sidste år?

Anden sygdom i urinveje?

Hvilken? _____

Er en af dine nyrer fjernet?

Årsag? _____

| | Nej | Ja | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Sygdom i ryg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Tilbagevendende rygsmerter? | | <input type="checkbox"/> | Undersøgt? _____ |
| Behandling? | | <input type="checkbox"/> | Hvilken? _____ |
| Er din ryg blevet røntgenfotograferet/scannet? | | <input type="checkbox"/> | Hvad viste undersøgelsen? _____ _____ |
| Misdannelse i ryg eller anden rygsygdom? | | <input type="checkbox"/> | Hvilken? _____ |
| Sygdomme i hofter, knæ og ankler m.m.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Langvarig hoftesygdom? (hofteskred, Calve Perthes)? | | <input type="checkbox"/> | |
| Varige følger efter skader? | | <input type="checkbox"/> | Hvilken? _____ |
| Knæskader / knæproblemer? | | <input type="checkbox"/> | |
| Brud <input type="checkbox"/> Menisk <input type="checkbox"/> Korsbånd <input type="checkbox"/> Andet <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Behandling? _____ |
| Er der foretaget kikkert-/eller anden undersøgelse? | | <input type="checkbox"/> | |
| Ankelskade-/ eller ankelproblemer? | | <input type="checkbox"/> | Behandling? _____ |
| Anvender du specialsyet fodtøj/eller indlæg? | | <input type="checkbox"/> | |
| Sygdomme i skuldre, arme eller hænder? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Varige følger efter skader? | | <input type="checkbox"/> | Hvilken? _____ |
| Ledskred i skulder? | | <input type="checkbox"/> | Behandling? _____ |
| Andre symptomer/følgetilstande? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Har du, eller har du haft andre sygdomme, der ikke er nævnt i dette skema, og som du mener vil få betydning for din sessionsbedømmelse, f.eks. følger efter ulykker? | | <input type="checkbox"/> | Hvilken? _____ |
| Ufrivillig vandladning? | | <input type="checkbox"/> | Antal gange de sidste 2 mdr. _____ |
| Andet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Er du indstillet til eller tilkendt førtidspension? | | <input type="checkbox"/> | Helbredsårsag? _____ |
| Er du eller har du været under revalidering? | | <input type="checkbox"/> | Helbredsårsag? _____ |
| Er der i øvrigt andre forhold, du mener vil have betydning for din sessionsbehandling? | | <input type="checkbox"/> | _____ _____ |

I forbindelse med sessionsbehandlingen skal Forsvarsministeriets Personalestyrelse (FPS) anmode om dit samtykke til, at FPS om nødvendigt må indhente helbredsoplysninger om dig.

(Sæt kryds)

- Jeg giver hermed tilladelse til, at FPS kan indhente oplysninger om min helbredstilstand fra praktiserende læger, sundhed.dk, medicinprofilen m.v., hvis det skønnes nødvendigt.

Du har altid mulighed for at tilbagekalde dit samtykke ved at kontakte FPS på fps@mil.dk. Samtykket kan ikke tilbagekaldes med tilbagevirkende kraft, hvilket vil sige, at en tilbagekaldelse ikke har betydning, hvis samtykket på tidspunktet for tilbagekaldelsen allerede er benyttet til at indhente supplerende helbredsoplysninger om dig.

Særligt for mænd

Du skal være opmærksom på, at FPS selv uden dit samtykke, jf. § 14 i værnepligtsloven, kan afkræve andre myndigheder oplysninger om dine helbredsforhold, herunder sygehusjournaler eller udskrifter heraf, hvis det skønnes nødvendigt. Du vil derved fortsat blive sessionsbehandlet, selvom du tilbagekalder dit samtykke.

Særligt for kvinder

Du skal være opmærksom på, at det kan have konsekvenser for dine muligheder for at opnå ansættelse, hvis du ikke giver samtykke til, at FPS kan indhente supplerende oplysninger om din helbredstilstand.

Egen læges navn og adresse:

| | |
|-------|----------|
| Navn: | Adresse: |
|-------|----------|

Liste over offentlige og private sygehuse, læger, speciallæger eller andre, der har behandlet/undersøgt dig (herunder røntgen/scanning)

Sygdommens art: _____ Årstal for behandling _____

Navn og adresse på sygehus,
speciallæge, egen læge eller lign.: _____

Sygdommens art: _____ Årstal for behandling _____

Navn og adresse på sygehus,
speciallæge, egen læge eller lign.: _____

Sygdommens art: _____ Årstal for behandling _____

Navn og adresse på sygehus,
speciallæge, egen læge eller lign.: _____

Du skal sende det udfyldte skema til Værnepligtssektionen enten som sikker post via en henvendelsesformular på www.borger.dk eller via fysisk post til:

Forsvarsministeriets Personalestyrelse
Att.: Værnepligtssektionen
Lautruphøj 8 (Postboks 345)
2750 Ballerup