

Helbredsspørgeskema

Navn:	Dato: _____
Cpr-nummer:	
Adresse:	
Postnummer og by:	
Mobilnummer:	

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:

Personelkommandoen
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 99 55 eller på mail fps-vpl@mil.dk, hvis du har nogle spørgsmål.

Med venlig hilsen

Personelkommandoen



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

Fejler du noget? ☐ Nej ☐ Ja Hvad? _____

Tager du lægeordineret medicin? ☐ ☐ Hvor ofte? _____

Hvilken? _____

Medfødte sygdomme/misdannelser? ☐ ☐ Hvilken? _____

Alvorlig smitsom sygdom? ☐ ☐ Hvilken? _____

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

Hvornår? _____

Kræftsygdom? ☐ ☐ Hvilken? _____

Hvornår? _____

Nej Ja

Hormon- eller stofskiftesygdom? ☐ ☐

Sukkersyge? ☐ Behandling? _____

Anden hormonsygdom? ☐ Hvilken? _____

Nej Ja

Blodsygdom? ☐ ☐ Hvilken? _____

Er milten fjernet? ☐

Nej Ja

Psykisk sygdom? ☐ ☐

☐ Angst ☐ Depression ☐ Andet ☐ Behandling? _____

Afhængighed/misbrug af:

☐ Alkohol ☐ Hash

☐ Narkotika ☐ Medicin _____ Behandling? _____

Andre psykiske problemer? ☐ Hvilken? _____

Nej Ja

Sygdomme i nervesystemet? ☐ ☐

Epilepsi? ☐ Hvornår havde du sidste anfald? _____

Er behandling ophørt? ☐ Hvornår? _____

Migræne/stærk hovedpine? ☐ Antal anfald i de sidste 2 måneder? _____

Anden sygdom i nervesystemet? ☐ Hvilken? _____

Nej Ja

**Øjensygdomme –
herunder synsnedsættelse?** ☐ ☐

Bruger du briller eller kontaktlinser? ☐ ☐

Er dit syn normalt –
m. briller/kontaktlinser ☐ ☐

Brille-/kontaktlinsestyrke: (anfør +/- foran styrke) Højre_____ Venstre_____

Anden øjensygdom? ☐ Hvilken? _____

Nej Ja

**Øresygdomme –
herunder hørenedsættelse?**

☐ ☐

Har du nedsat hørelse?

☐

Bruger du høreapparat?

☐

Er du undersøgt på hørecentral?

☐

Hvor? _____

Anden øresygdom?

☐

Hvilken? _____

Nej Ja

skal kun besvares af kvinder

Har du eller har du haft
Tilbagevendende problemer
med underlivet?

☐ ☐

Hvilken? _____

Nej Ja

Sygdomme i hjerte og blodkar?

☐ ☐

Hjertesygdom?

☐ ☐

Hvilken? _____

Forhøjet blodtryk?

☐ ☐

Behandling? _____

Behandling?

☐ ☐

Hvilken? _____

Nej Ja

**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? _____

	Nej	Ja	
Sygdomme i mave, tarm, lever m.m.?	☐	☐	
Mavesår eller sår på tolvfingertarmen?		☐	Behandling? _____
Er der foretaget En kikkert/eller anden undersøgelse?	☐	☐	Hvilken? _____
Tarmbetændelse?		☐	Hvilken? _____
Anden sygdom i fordøjelsesorganer?		☐	Hvilken? _____

	Nej	Ja	
Hudsygdomme?	☐	☐	
Udbredt eksem eller psoriasis inden for det sidste år?		☐	hvilken og hvor? _____
Anden hudsygdom?		☐	Hvilken? _____

	Nej	Ja	
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?	☐	☐	
Tilbagevendende rygsmerter?		☐	Undersøgt? _____
Behandling?		☐	Hvilken? _____
Er din ryg blevet røntgenfotograferet/scannet?		☐	
Hvad viste undersøgelsen? _____			
Misdannelse i ryg eller anden rygsygdom?		☐	Hvilken? _____

	Nej	Ja	
Sygdomme i hofter, knæ og ankler m.m.?	☐	☐	
Langvarig hoftesygdom? (hofteskred, Calve Perthes)?		☐	
Varige følger efter skader?		☐	Hvilken? _____
Knæskader / knæproblemer?		☐	
Brud ☐		☐	
menisk ☐		☐	
Korsbånd ☐		☐	
andet ☐		☐	
Er der foretaget kikkert-/eller anden undersøgelse?		☐	

	Nej	Ja	
Ankelskade-/ eller ankelproblemer?	☐	☐	Behandling? _____
Anvender du specialet fodtøj/eller indlæg?		☐	

	Nej	Ja	
Sygdomme i skuldre, arme eller hænder?	☐	☐	
Varige følger efter skader?		☐	Hvilken? _____
Ledskred i skulder?		☐	Behandling? _____

	Nej	Ja	
Andre symptomer/følgetilstande?	☐	☐	
Ufrivillig vandladning?		☐	Antal gange de sidste 2 mdr. _____

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?

(hvis ja): _____

Nej Ja

Andet?

☐ ☐

Er du indstillet til eller
tilkendt førtidspension?

☐

Helbredsårsag? _____

Er du eller har du været
under revalidering?

☐

Helbredsårsag? _____

Er der i øvrigt andre forhold, du mener vil have betydning for din sessionsbehandling?

Hvis ja? _____

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

(Sæt Kryds)

☐

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

Du har altid mulighed for at tilbagekalde dit samtykke ved at kontakte PKOM 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 kvinder født efter 1. juli 2007 og alle mænd

Du skal være opmærksom på, at PKOM 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 født før 1. juli 2007

Du skal være opmærksom på, at det kan have konsekvenser for dine muligheder for at opnå ansættelse, hvis du ikke giver samtykke til, at PKOM 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 på sygehus: _____

Adresse på sygehus: _____

Navn på speciallæge: _____

Sygdommens art: _____ Årstal for behandling: _____

Navn på sygehus: _____

Adresse på sygehus: _____

Navn på speciallæge: _____

Sygdommens art: _____ Årstal for behandling: _____

Navn på sygehus: _____

Adresse på sygehus: _____

Navn på speciallæge: _____

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

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