

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?
(f.eks. tuberkulose, leverbetændelse m.v.) Hvilken? _____
Hvornår? _____

Kræftsygdom? Hvilken? _____
Hvornår? _____

	Nej	Ja	
Hormon- eller stofskiftesygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sukkersyge?		<input type="checkbox"/>	Behandling? _____
Anden hormonsygdom?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Blodsygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Er milten fjernet?		<input type="checkbox"/>	
Psykisk sygdom?	<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? _____
Sygdomme 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 sygdom i nervesystemet?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Øjensygdomme, 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 øjensygdom?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Øresygdomme, 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 øresygdom?		<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 ryg sygdom?		<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 specialesyet 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.

- 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 dog 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.

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.

Med nedenstående underskrift erklærer jeg hermed på tro og love, at samtlige spørgsmål er besvaret sandfærdigt og efter bedste evne, og at intet er fortiet".

Personnr.	Dato:	Underskrift:
-----------	-------	--------------

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