



<b>Navn:</b>
<b>Adresse:</b>
<b>Postnummer og by:</b>

<b>Dato:</b>	
<b>Personnummer:</b>	
<b>Telefonnummer:</b>	
<b>E-mailadresse:</b>	

## HELBREDSSPØRGESKEMA KVINDER

Vi har modtaget dit ønske om at komme til Forsvarets Dag.

For at blive bedømt egnet til at kunne starte på en basisuddannelse, skal du være sund og rask og derfor skal du besvare dette helbredsspørgeskema, inden vi sender dig en indkaldelse til at møde på Forsvarets Dag. Det er vigtigt for lægen at vide så meget som muligt om dit helbred inden mødet.

Dine oplysninger behandles fortroligt og danner grundlag for eventuel yderligere indhentning af oplysninger fra andre sundhedsmyndigheder.

Når du udfylder helbredsspørgeskemaet skal du på side 6 oplyse navn og adresse på egen læge. Husk også at oplyse dit telefonnummer og mailadresse.

Til de fleste spørgsmål hører en afkrydsningsrubrik, hvor du skal svare JA eller NEJ. Det er meget vigtigt, at du svarer ærligt på spørgsmålene. Har du ikke alle oplysningerne, kan du evt. spørge dine forældre eller værge, eller logge på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) for at se dine sundhedsjournaler.

Hvis du er blevet behandlet for en eller flere af de sygdomme, der er nævnt, skal du skrive navn og adresse på det offentlige og private sygehus eller den læge (din egen læge eller en speciallæge), som har behandlet dig. Hvis du har lægeattester liggende, skal du sende dem med.

Hvis der er spørgsmål, som du ikke ønsker at svare på i skemaet, kan du i stedet drøfte dem med lægen på Forsvarets Dag. Send venligst skemaet tilbage inden 4 uger, også selvom du kan svare NEJ til alle spørgsmålene.

Du kan kontakte os på mail [fps-vpl@mil.dk](mailto:fps-vpl@mil.dk) og telefon 7281 9000, hvis du er i tvivl om, hvordan du skal udfylde skemaet.

Med venlig hilsen  
Værnepligtssektionen

## 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  Forventes 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?**

Sukkersyge?

Behandling? \_\_\_\_\_

Anden hormonsygdom?

Hvilken? \_\_\_\_\_

**Blodsygdom?**

Er milten fjernet?

Hvilken? \_\_\_\_\_

**Psykisk sygdom?**

Angst  Depression  Andet

Behandling? \_\_\_\_\_

Afhængighed/misbrug af:

Alkohol  Hash  Narkotika  Medicin

Behandling? \_\_\_\_\_

Andre psykiske problemer?

Hvilken? \_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_

**Øresygdomme, herunder hørenedsættelse?**

Har du nedsat hørelse?

Bruger du høreapparat?

Er du undersøgt på hørecentral?

Hvor? \_\_\_\_\_

Anden øresygdom?

Hvilken? \_\_\_\_\_

Nej Ja

**Kvindesygdomme?**

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?**Tilbagevendende rygsmerter?  

Undersøgt? \_\_\_\_\_

Behandling? 

Hvilken? \_\_\_\_\_

Er din ryg blevet røntgenfotograferet/scannet? 

Hvad viste undersøgelsen? \_\_\_\_\_

Misdannelse i ryg eller anden ryg sygdom? 

Hvilken? \_\_\_\_\_

**Sygdomme i hofter, knæ og ankler m.m.?** **Langvarig hoftesygdom?** (hofteskred, Calve Perthes)? Varige følger efter skader? 

Hvilken? \_\_\_\_\_

**Knæskader / knæproblemer?** Brud  Menisk  Korsbånd  Andet 

Behandling? \_\_\_\_\_

Er der foretaget kikkert-/eller anden undersøgelse? **Ankelskade-/ eller ankelproblemer?** 

Behandling? \_\_\_\_\_

Anvender du specialsyet fodtøj/eller indlæg? **Sygdomme i skuldre, arme eller hænder?**  Varige følger efter skader? 

Hvilken? \_\_\_\_\_

Ledskred i skulder? 

Behandling? \_\_\_\_\_

**Andre symptomer/følgetilstande?**  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? 

Hvilken? \_\_\_\_\_

Ufrivillig vandladning? 

Antal gange de sidste 2 mdr. \_\_\_\_\_

**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 vil tale med sessionslægen om?**

**Husk at skrive under!**

Jeg giver tilladelse til, at Forsvarsministeriets Personalestyrelse indhenter oplysninger om min helbredstilstand fra praktiserende læger, sundhed.dk, medicinprofilen m.v., hvis det skønnes nødvendigt.

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

Personnummer:	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.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Skemaet skal sendes til:**

Forsvarsministeriets Personalestyrelse  
Værnepligtssektionen  
Lautruphøj 8, Postboks 345  
2750 Ballerup  
Mail: fps-vpl@mil.dk