



<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 MÆND

Vi sender dig hermed et helbredsspørgeskema, som du bedes udfylde og returnere til os. Selvom du tidligere har udfyldt et helbredsspørgeskema, skal du udfylde et nyt, da vi har behov for fornyede oplysninger.

Vi skal bruge dine helbredsoplysninger for at kunne bedømme din egnethed til at aftjene værnepligtstjeneste. Det er derfor vigtigt, at lægen ved så meget som muligt om dit helbred inden du møder på Forsvarest Dag. Når lægen har vurderet dine helbredsoplysninger, sender vi dig en indkaldelse til at møde på Forsvarets Dag, medmindre dit helbred gør, at sessionen vælger at erklære dig uegnet forinden.

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 eller 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

Hvilken? \_\_\_\_\_  
(Ansøgningsskema om udsættelse med sessionen finder du på [forsvaretsdag.dk](http://forsvaretsdag.dk))

### 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? \_\_\_\_\_

**Grønland/Færøerne** - Udfyldes kun hvis du har boet 10 år eller mere i Grønland  eller Færøerne

## 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 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	
<b>Sygdomme i hjerte og blodkar?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjertesygdom?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Forhøjet blodtryk?		<input type="checkbox"/>	Behandling? _____
Behandling?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
<b>Sygdomme i mund, næse, svælg og lunger?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du indenfor de sidste 12 måneder haft astma?		<input type="checkbox"/>	I hvilke situationer får du astma? _____
Får du anfaldsbehandling/forebyggende behandling?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Anden luftvejssygdom?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
<b>Sygdomme i mave, tarm, lever m.m.?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mavesår eller sår på tolvfingertarmen?		<input type="checkbox"/>	Behandling? _____
Er der foretaget kikkert/eller anden undersøgelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Tarmbetændelse?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Anden sygdom i fordøjelsesorganer?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
<b>Hudsygdomme?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Udbredt eksem eller psoriasis inden for det sidste år?		<input type="checkbox"/>	Hvilken og hvor? _____ _____
Anden hudsygdom?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
<b>Sygdomme i nyrer eller blære?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nyrebetændelse indenfor de sidste 3 år?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Er kontrol ophørt?		<input type="checkbox"/>	
Nyrebækkenbetændelse det sidste år?		<input type="checkbox"/>	
Anden sygdom i urinveje?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Er en af dine nyrer fjernet?		<input type="checkbox"/>	Årsag? _____

	Nej	Ja	
<b>Sygdom i ryg?</b>	<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? _____
<b>Sygdomme i hofter, knæ og ankler m.m.?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Langvarig hoftesygdom?</b> (hofteskred, Calve Perthes)?		<input type="checkbox"/>	
Varige følger efter skader?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
<b>Knæskader / knæproblemer?</b>		<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"/>	
<b>Ankelskade-/ eller ankelproblemer?</b>		<input type="checkbox"/>	Behandling? _____
Anvender du specialsyet fodtøj/eller indlæg?		<input type="checkbox"/>	
<b>Sygdomme i skuldre, arme eller hænder?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varige følger efter skader?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Ledskred i skulder?		<input type="checkbox"/>	Behandling? _____
<b>Andre symptomer/følgetilstande?</b>	<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. _____
<b>Andet?</b>	<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? _____
<b>Er der i øvrigt andre forhold, du vil tale med sessionslægen om?</b>		<input type="checkbox"/>	

## 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