**FÖRHANDSUPPGIFTER FÖR HÄLSOKONTROLL FÖR UTBILDNING I RÄDDNINGSBRANSCHEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Släktnamn:** | **Förnamn:** | **Personbeteckning:** |
| **Gatuadress:** | **Postnummer:** | **Hemkommun:** |
| **Utbildning:** | **Yrke:** |
| **Nuvarande arbetsuppgift och arbetsgivare:** |

***Tidigare hälsokontroll gjord:*** [ ] Nej [ ] Ja, år: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Var: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Sjukfrånvaro från jobbet eller studier under föregående 12 månader:***

[ ] 0–10 dagar [ ]  11–30 dagar [ ]  över 30 dagar

***Beväringstjänst utförd:***

[ ]  Nej [ ]  Ja, år: \_\_\_\_\_\_ Tjänsteduglighetsklass: \_\_\_\_\_ Uppgift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Egen åsikt om din nuvarande hälsa:***

[ ] Bra [ ]  Skälig [ ]  Dålig

***Regelbunden medicinering:***

[ ]  Nej [ ]  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Använder du tobaksprodukter:***

[ ] Nej [ ]  Ja \_\_\_\_\_\_\_antal cigaretter/dygn [ ]  Har slutat, år? ­­\_\_\_\_\_\_\_\_

***Dricker du alkohol:***

[ ]  Nej [ ]  Ja, portioner /vecka ­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Använder du narkotika eller narkotiska/sedativa läkemedel:***

[ ]  Nej [ ]  Ja

[ ]  Jag har behandlats för bruk av alkohol eller narkotika.

***Använder du glasögon eller kontaktlinser?*** [ ]  Nej [ ]  Ja

***Motionerar du på fritiden:***

[ ]  Inte alls [ ]  I medeltal 1–2 gånger/vecka

[ ]  Sporadiskt [ ]  I medeltal 3–4 gånger/vecka

[ ]  Över 4 gånger/vecka

Vilka grenar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Har du någonsin haft följande sjukdomar eller symptom? (Svara ja, fast sjukdomen har blivit konstaterad i barndomen eller för länge sedan).***

*(fortsätter på följande sida)****:***

**Andnöd** [ ]  Nej [ ]  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pipande ljud vid utandning**[ ]  Nej [ ]  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Långvarig eller återkommande hosta**[ ]  Nej [ ]  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bröstsmärtor**[ ]  Nej [ ]  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Astma** [ ]  Nej [ ]  Ja [ ]  Bara som barn, i vilken åldern: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Luftlungor** [ ]  Nej [ ]  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hudsjukdom eller eksem** [ ]  Nej [ ]  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergi** [ ]  Nej [ ]  Ja, mot vad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Högt blodtryck** [ ]  Nej [ ]  Ja, när konstaterat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hjärtsjukdom** [ ]  Nej [ ]  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rytmstörning** [ ]  Nej [ ]  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Reumasjukdom** [ ]  Nej [ ]  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ledslitage** [ ]  Nej [ ]  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rygg- eller nacksjukdom** [ ]  Nej [ ]  Ja, vilken: ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(t.ex. diskbråck, skolios)*

**Inflammatorisk tarmsjukdom** [ ]  Nej [ ]  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(t.ex. Crohns sjukdom, ulcerös kolit)*

**Långvarig sömnlöshet** [ ]  Nej [ ]  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ångest** [ ]  Nej [ ]  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Depression** [ ]  Nej [ ]  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Någon annan psykisk sjukdom** [ ]  Nej [ ]  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ögonsjukdom** [ ]  Nej [ ]  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fel på färgsynen** [ ]  Nej [ ]  Ja, när konstaterad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Öronsjukdom** [ ]  Nej [ ]  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diabetes** [ ]  Nej [ ]  Ja, när konstaterad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(fortsättning från föregående sida)*

**Sköldkörtelsjukdom** [ ]  Nej [ ]  Ja, när konstaterad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Blodsjukdom** [ ]  Nej [ ]  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tumör eller cancer** [ ]  Nej [ ]  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Svindel** [ ]  Nej [ ]  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Svimningsanfall** [ ]  Nej [ ]  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Darrning** [ ]  Nej [ ]  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Migrän eller någon annan**

 **återkommande huvudvärk** [ ]  Nej [ ]  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Epilepsi** [ ]  Nej [ ]  Ja, när konstaterad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Störningar i hjärnans blodcirkulation** [ ]  Nej [ ]  Ja, vilken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hjärnskada** [ ]  Nej [ ]  Ja, när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sömnapné** [ ]  Nej [ ]  Ja, när konstaterad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Narkolepsi** [ ]  Nej [ ]  Ja, när konstaterad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Någon annan neurologisk sjukdom** [ ]  Nej [ ]  Ja, vilken och när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(t.ex. MS-sjukdom, aneurysm i hjärnartärerna)*

**Någon annan sjukdom eller störning** [ ]  Nej [ ]  Ja, vilken och när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Har du blivit opererat*** *(t.ex. på grund av en olycka)*

[ ]  Nej [ ]  Ja, vad har blivit opererat och när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Har du någonsin använt medicin som tas via andningsvägarna*** *(s.k. astmapipa)?*

[ ]  Nej [ ]  Ja, vad för medicin och när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Har det någonsin gjorts lungfunktionssundersökningar, t.ex. PEF-uppföljning eller spirometri?***

[ ]  Nej [ ]  Ja, var har undersökningarna blivit gjorda och när: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  **Jag intygar att jag har uppgett alla mina sjukdomar och besvarat övriga ovanstående frågor sanningsenligt.**

**Datum och ort: Underskrift:**

***Skriv ut och leverera förhandsuppgiftsblanketten ifylld till läkaren som utför hälsokontrollen. Förhandsuppgiftsblanketten bör icke levereras till Räddningsinstitutet eller arbetsplatsen.***