



Fødselsnummer	Etternavn, fornavn (bruk blokkbokstaver)
---------------	--

Plager eller sykdommer som du har eller har hatt				For legen	
	Ja	Nei		Ja	Nei
Kontakt med lege/psykolog for psykiske plager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sukkersyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nei	Andre stoffskiftesykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi/høysne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hjernerystelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergisk mot medisin/vaksine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Langvarig/kraftig hodepine eller svimmelhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergisk mot insektstikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annen hodeskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge- eller luftveis sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Ja	Nei	Problemer med fordøyelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behov for diett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøyet blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Anfall av hurtig/uregelmessig puls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andre mage- eller tarmsykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen hjerte- eller karsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Ja	Nei	Nedsatt syn, behov for briller/kontaktlinser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreftsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sykdom eller skade i øynene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nei	Nedsatt hørsel, hørselskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protein eller blod i urinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Øresykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyre- eller urinveisinfeksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Ja	Nei	Skade/sykdom i skuldre/armer/hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjernehinnebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skade/sykdom i knær/legger/føtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leverbetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skade/sykdom i nakke/rygg (nakkesleng, isjias o.l.)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Har du vært utsatt for ulykke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis ja, hva slags skade fikk du? <input type="text"/>		
Annen alvorlig infeksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Eksem/psoriasis/annen hudsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du vært innlagt på sykehus?	Hvis ja, angi når, hvor lenge og for hvilken sykdom eller skade
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

Bruker du medisiner?	Hvis ja, type medisin og dosering
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

Fast	
Periodevis	

Har du eller har du hatt andre sykdommer eller skader enn dem som er nevnt foran?	Hvis ja, angi hvilke
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

Bruker du briller eller kontaktlinser?	Hvis ja: Husk å ta med brilleseddelen til fordelingsmøtet! Synet ditt uten briller (ukorrigert) og med briller (korrigert) skal stå på dem.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

Spesielt til deg som bruker kontaktlinser: Du skal helst møte på fordelingsmøtet med briller i stedet for med linser, fordi synet skal prøves både uten briller/linser og med briller/linser. Hvis du bare bruker linser og ikke briller, bør du ta med ditt personlige utstyr for å kunne ta linsene av og på.

Sted og dato	Den tjenestepiktiges underskrift
	Navn med blokkbokstaver

Sivilforsvarslegens stempel	Sted og dato
	Sivilforsvarslegens underskrift
	Sivilforsvarslegens navn med blokkbokstaver