

Navn: \_\_\_\_\_

Fødselsnr (11 siffer) \_\_\_\_\_

Privat adresse: \_\_\_\_\_

Tjenestested : \_\_\_\_\_

**HELSEUNDERSØKELSE****EGENERKLÆRING - fylles ut av ansatt/søker :**

Attesten gjelder kurs sanitet for innsatspersonell i politiet .

**1. Sykdommer i familien (foreldre, søsken, egne barn):**

- Hjerte- /karsykdom      Ja     Nei     Hvis ja, spesifiser: \_\_\_\_\_
- Luftveier                      Ja     Nei     Hvis ja, spesifiser: \_\_\_\_\_
- Allergi                              Ja     Nei     Hvis ja, spesifiser: \_\_\_\_\_
- Annet                                Ja     Nei     Hvis ja, spesifiser: \_\_\_\_\_

**2. Egne sykdommer/plager ( siste 10 år )**

- Hjerte- /karsykdom      Ja     Nei     Hvis ja, spesifiser: \_\_\_\_\_
- Luftveier                      Ja     Nei     Hvis ja, spesifiser: \_\_\_\_\_
- Allergi                              Ja     Nei     Hvis ja, spesifiser: \_\_\_\_\_
- Diabetes                            Ja     Nei     Hvis ja, spesifiser: \_\_\_\_\_
- Kreftsykdom                      Ja     Nei     Hvis ja, spesifiser: \_\_\_\_\_
- Hudsykdom                        Ja     Nei     Hvis ja, spesifiser: \_\_\_\_\_
- Muskler /Ledd /Rygg        Ja     Nei     Hvis ja, spesifiser: \_\_\_\_\_
- Skader /operasjoner        Ja     Nei     Hvis ja, spesifiser: \_\_\_\_\_

**3 . Medisiner**

- Faste medisiner              Ja     Nei     Hvis ja, hvilke: \_\_\_\_\_
- Medisiner ved behov        Ja     Nei     Hvis ja, hvilke: \_\_\_\_\_

**4 . Gravid**

- Gravid                                Ja     Nei

På bakgrunn av gjennomføring og tester under kurset er det helsemessig faglig vurdert at PHS ikke kan ta inn deltagere som er gravide. Gravide vil ikke kunne gjennomføre kurset i sin helhet. Denne vurdering er foretatt av medisinsk personell.



**Navn:** \_\_\_\_\_

**Fødselsnr (11 siffer)** \_\_\_\_\_

**Privat adresse:** \_\_\_\_\_

**Tjenestested :** \_\_\_\_\_

## SIGNATUR

Opplysningene ovenfor er fullstendige. Tilbakeholdelse av viktige og relevante helseopplysninger kan føre til at kjennelsen senere kan bli gjort ugyldig.

Ved ett eller flere kryss i Ja feltet, kreves konsultasjon hos lege, som bekrefter at tjenesten er gjennomførbar. Eventuell bekreftelse fra lege legges ved helseundersøkelsen ved innsending til PHS. Støtteskriv til aktuell lege kan etterspørres av fagansvarlig på aktuelt kurs.

Jeg er kjent med at de opplysninger jeg har gitt er del av grunnlaget for helsevurderingen.

Alle opplysningene i dette dokumentet oppbevares i.h.t. gjeldende lover og forskrifter (bl.a. Journalforskriften og beskyttelsesinstruksen ved Bedriftshelsetjenesten).

**Dato/sted :** \_\_\_\_\_

**Søkerens signatur :** \_\_\_\_\_