



Fødselsnummer	Etternamn, fornamn (bruk blokkbokstavar)
---------------	--

Plagar eller sjukdommar du har eller har hatt		For legen
Kontakt med lege/psykolog for psykiske plagar	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Sukkersjuka..... Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Astma	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Andre stoffskiftesjukdommar
Allergi/høysnue	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Epilepsi..... Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Allergisk mot medisin/vaksine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hjerneristing
Allergisk mot insektstikk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sterk hovudverk eller ørske som varar lenge.....
Lunge- eller luftvegssjukdom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Annan hovudskade
Blodsjukdom.....	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Problem med fordøyinga
Høgt blodtrykk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Behov for diett
Anfall av hurtig/ustabil puls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Andre mage- eller tarmsjukdommar.....
Annan hjarte- eller karsjukdom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nedsett syn, behov for briller/kontaktlinser
Kreftsjukdom	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Sjukdom eller skade i augene.....
Protein eller blod i urin	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Nedsett hørsel, hørselskade.....
Nyre- eller urinvegsinfeksjon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Øyresjukdommar
Hjernehinnebetennelse	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Skade/sjukdom i skuldrer/armar/hender
Leverbetennelse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Skade/sjukdom i kne/leggar/føter.....
HIV/aids.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Skade/sjukdom i nakke/rygg (nakkesleng, isjias o.l.)..
Tuberkulose.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Har du vore utsett for ulukke?
Annan alvorleg infeksjon	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Dersom ja, kva slag skade fekk du? <input type="text"/>
		Eksem/psoriasis/annan hudsjukdom..... Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

Har du vore innlagd på sjukehus?	Dersom ja, gje opp når, kor lenge og for kva slag sjukdom eller skade
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

Tek du medisinar?	Dersom ja, kva slag medisin og dosering
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

Fast	
Tidvis	

Har du eller har du hatt andre sjukdommar eller skade enn dei ovanfor nemnde?	Dersom ja, kva slag
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	

Bruker du briller eller kontaktlinser?	Dersom ja: Hugs å ta med brillesetelen til fordelingsmøtet! Synet ditt utan briller (ukorrigert) og med briller (korrigert) skal gå fram.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Særskilt til deg som bruker kontaktlinser: Du skal helst møte på fordelingsmøtet med briller i staden for med linser, av di synet skal prøvast både utan briller/linser og med briller/linser. Viss du berre bruker linse og ikkje briller, bør du ta med utstyr for å kunne ta lensene av og på.	

Stad og dato	Underskrifta til den tenestepliktige
	Namn med blokkbokstavar

Stempelet til sivilforsvarslegen	Stad og dato
	Underskrifta til sivilforsvarslegen
	Namnet til sivilforsvarslegen, med blokkbokstavar