

- Använder du**
- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - lugnande medel/sömnmedel? | Ja | Nej |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - smärtstillande medel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - annan medicin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om svaret är ja, ange vilken medicin:

- Har du under de senaste 2 åren använt narkotika eller anabola steroider?**
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nej |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om svaret är ja, ange vad och när:

Läkarens kommentarer:

Hur ofta dricker du alkohol?	Aldrig	1 gång i månaden eller mer sällan	2-4 gånger i månaden	2-3 gånger i veckan	4 ggr/vecka eller mer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur många "glas" (se exemplet nedan) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?	0-2	3-4	5-6	7-9	10 eller fler
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med ett "glas" menas:	 45 cl folköl	 33 cl starköl	 1 glas rött el. vitt vin	 1 litet glas starkvin	 4 cl sprit t.ex. whisky

- Har du sedan föregående periodiska hälsoundersökning vårdats på sjukhus eller behandlats av läkare för sjukdom?**
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nej |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Har du sedan föregående undersökning varit sjukskriven mer än 4 veckor eller haft upprepade korta sjukfall? (6 eller flera under en 12-månadersperiod.)**
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nej |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Anser du dig för närvarande fullt frisk?**
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nej |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jag försäkrar att jag har besvarat ovanstående uppgifter sanningsenligt.

Läkarens kommentarer:

Datum Namnteckning

Denna sida ifylles av den undersökande sköterskan/läkaren.

Datum Sköterska

Längd [cm]		Vikt [kg]		BT (efter 5 min. vila) [mm/Hg]		Blodsocker mmol/l
				syst.	diast.	
Hörsel Hörbarhet i dB	Höger	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	Övriga prover
	Vänster	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	
I förekommande fall			Drogtest			
ALAT $[\mu\text{kat/l}]$	gamma-GT $[\mu\text{kat/l}]$	CDT %	<input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> ej utförd	

Syn	okorr.	korr.	sf	cyl	Synfält	
Höger						Vänster <input type="checkbox"/> u.a. <input type="checkbox"/> def.
Vänster	okorr.	korr.	sf	cyl		
Binoc	okorr.	korr.	Färgsinne		Höger <input type="checkbox"/> u.a. <input type="checkbox"/> def.	
			u.a. <input type="checkbox"/>	def. <input type="checkbox"/>		

Föreligger

- | | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - misstanke om alkohol- eller drogmissbruk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - öronsjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ögonsjukdom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ögonmuskelpareser? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - nystagmus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - nedsatt huvudrörlighet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - påtagliga psykiska defekter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - tecken till sjukdomar | | |
| i nervsystemet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i rörelseorganen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i cirkulationsorganen? (hjärta/hypertoni) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - sömnstörningar, t.ex. sömnapné? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Läkarens kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum Läkarens underskrift

Namnförtydligande

Adress

Telefon