



HELSEUNDERSØKELSE
Bedriftshelsetjenesten

Politiets spesialtjeneste

EGENERKLÆRING - fylles ut av ansatt/søker :

Navn: _____

Fødselsnr (11 siffer) _____

Privat adresse: _____ **Tjenestested :** _____

Helseattesten gjelder stilling/opptak / vedlikeholds us Enhet _____

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

- Hjerte- /karsykdom Ja Nei Hvis ja, spesifiser: _____
- Luftveier(astma) Ja Nei Hvis ja, spesifiser: _____
- Allergi Ja Nei Hvis ja, spesifiser: _____
- Sukkersyke (Diabetes) Ja Nei Hvis ja, spesifiser: _____
- Tuberkulose Ja Nei Hvis ja, spesifiser: _____
- Mage/tarm Ja Nei Hvis ja, spesifiser: _____
- Kreftsykdom Ja Nei Hvis ja, spesifiser: _____
- Annet Ja Nei Hvis ja, spesifiser: _____

2. Egne sykdommer/plager

- Hjerte- /karsykdom Ja Nei Hvis ja, spesifiser: _____
- Blodtrykk Ja Nei Hvis ja, spesifiser: _____
- Luftveier(astma) Ja Nei Hvis ja, spesifiser: _____
- Allergi Ja Nei Hvis ja, spesifiser: _____
- Sukkersyke (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: _____
- Skade(r) Ja Nei Hvis ja, spesifiser: _____
- Epilepsi/Psyk.plager Ja Nei Hvis ja, spesifiser: _____
- Annet Ja Nei Hvis ja, spesifiser: _____

3. Tobakk/Røyk

- Røyker nå Ja Nei Evt. hvor mye: _____
- Tidligere Røyker Ja Nei Evt. når sluttet: _____



- Snus / Skrå Ja Nei Evt. når sluttet: _____

4. Alkohol

- Totalavhold Måtehold (enh/uke, 1 AE=1 glass vin): _____
- Har du vært til behandling for alkoholmisbruk? Ja Nei evt når _____

5. Narkotika

Har du noen gang forsøkt

- Hasj/ marihuana Ja Nei evt når: _____
- Amfetamin/ metamfetamin Ja Nei evt når: _____
- Heroin/kokain/ andre narkotika Ja Nei evt når: _____
- Anabole steroider Ja Nei evt når: _____
- Andre vanedannende medikamenter Ja Nei evt når: _____

6. Fysisk aktivitet

- Regelmessig trening Ja Nei Hvis ja, hvilke: _____
- Regelmessig trim Ja Nei Hvis ja, hvilke: _____
- Tilfeldig aktivitet Ja Nei Hvis ja, hvilke: _____

7. Medisiner

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

8. De naturlige funksjoner

- Matlyst God Redusert Kommentar: _____
- Avføring Regelm Treg Løs Kommentar: _____
- Vannlating Regelm Hyppig Kommentar: _____
- Nattesøvn Regelm Variabel Kommentar: _____

9. Sivilstatus

- Enslig Gift Enke/Enkemann Annet parforhold
- Barn antall barn: _____
barnas fødselsdato: _____

10. Vaksinasjoner

- | | | | |
|------------------------|---------------------------------------|---------------|------------------------------|
| - BCG-vaksinert | Ja <input type="checkbox"/> | | Nei <input type="checkbox"/> |
| | Siste gang Pirquet/Mantoux test _____ | | |
| - Hepatitt A | Ja <input type="checkbox"/> | Årstall _____ | Nei <input type="checkbox"/> |
| - Hepatitt B | Ja <input type="checkbox"/> | Årstall _____ | Nei <input type="checkbox"/> |
| Kontr. blodpr.: | Ja <input type="checkbox"/> | Årstall _____ | Nei <input type="checkbox"/> |
| - Tetanus (stivkrampe) | Ja <input type="checkbox"/> | Årstall _____ | Nei <input type="checkbox"/> |
| - Difteri | Ja <input type="checkbox"/> | Årstall _____ | Nei <input type="checkbox"/> |
| - Polio | Ja <input type="checkbox"/> | Årstall _____ | Nei <input type="checkbox"/> |
| - Gulfeber | Ja <input type="checkbox"/> | Årstall _____ | Nei <input type="checkbox"/> |
| - Dukoral | Ja <input type="checkbox"/> | Årstall _____ | Nei <input type="checkbox"/> |
| - Typhoid vaksine | Ja <input type="checkbox"/> | Årstall _____ | Nei <input type="checkbox"/> |
| - Andre vaksiner: | _____ | | |

Ta med vaksinasjonskort/-bøker, event. gamle vaksinasjonsoversikter og vernepliktsbok.

SIGNATUR

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

Jeg er kjent med at de opplysninger jeg har gitt er del av grunnlaget for helsevurderingen. Jeg samtykker i at Bedriftshelsetjenesten kan innhente relevante opplysninger om min helse fra aktuelle kilder (for eksempel primærlege og andre helseinstitusjoner for å vurdere medisinsk skikkethet til stillingen. Dette kan bli drøftet med den aktuelle politiavdeling før tilsetning.

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

Dato : _____ Søkerens signatur : _____



Fylles ut av lege som skal utstede attesten

LEGEUNDERSØKELSEN - STATUS PRAESENS

Dato: _____

BT: ____ / ____ **Puls:** ____ /min Regl. Uregl. Komm _____

Respirasjon: _____ pr. min. **Komm** _____

Pupiller utseende Norm **Avvik** Anisocori annet _____

Lysreaksjon (dir/indir) Normal **Avvik** _____

Fauces: Normal **Avvik:** _____

Collum : Normal **Avvik:** Glandler Halsvener Thyr. **Komm** _____

Thorax: Normal (utseende/ bevegelighet) **Komm** _____

Pulmones: Normal **Avvik** _____ **SPIRO** _____

Cor : Normal **Avvik** Bilyd Annet _____ **EKG** _____

Abdomen Normal **Avvik:** _____

Brokk?: Nei Ja Lokalisasjon/beskrivelse _____

Genitalia : Normal **Komm** _____

Columna: Normal Scoliose Ja Nei Annet _____

Hud : Norm **Komm** (eksem, sår, arr) _____

Ekstremiteter: Bevegelser NF _____ Kraft NF _____ Sirkulasjon NF _____

Annet (ev skader) : _____

Nervesystemet

Visus:	Langsyn høyre	Langsyn venstre	Nærsyn høyre	Nærsyn venstre
Uten korr.				
Med korr.				
Korreksjon	SPH	CYL	AXIS	Komm
Høyre				
Venstre .				

Tidligere øyeoperasjoner/laseroperasjoner? Ja Nei år: _____

Operasjonsmetode (PRK/ASA/LASIK/FS LASIK/LASEK) _____

Komm visus _____

Fargesyn : Norm (Metode Vistec Ishihara) Fargesvak Annet _____

Donders : Norm (Metode: Vistec manuell annen) **Komm** _____

Hørsel : Audiogram Norm Reduksjon (Audiogrammet skal vedlegges legeerklæringen)

Komm audio _____

Hjernenerver : Norm avvik _____

Balanse : Romberg Norm Avvik Usikker _____

Koordinering : Finger-nesetipp finger-finger (lukkede øyne) Norm Avvik Usikker

Reflekser	høyre	venstre	kommentar
patellar:			
achilles:			
plantar:			


 LABORATORIEPRØVER Høyde : _____ cm Vekt : _____ kg BMI (kg/m²) : _____

Urin analyse

Protein		Glukose		Blod		Nitrat		Leuko	
---------	--	---------	--	------	--	--------	--	-------	--

Blodanalyse	Resultat	Referanse	Pat?	Kommentar
Hb		M 13.4-17.0 g/100 ml K 11.7-15.3 g/100 ml		
Erythrocytter		M 4.25-5,7x10 ¹² /L K 3.94-5.15x10 ¹² / L		
Leukocytter		3.5-11.0 x 10 ⁹ /L		
Kreatinin		60-105 umol/l		
Urinsyre		M 230-480 umol/l K 155-400 umol/l		
Blodsukker (fast)		4.0-6.0 mmol/l		
Kolesterol (tot)		3.3-7.8 mmol/l		
HDL-kol		M 0.8-2.1 mmol/l K 1.0-2.7 mmol/l		
Triglyserider		<2.6 mmol/l		
CDT		< 2.6%		
ALAT		M <70 U/l K <45 U/l		
Gamma-GT		M<40: <80 M>40: <115 U/l K<40:<45 K>40: <75 U/l		
IgE		<120 kU/l		

Billed undersøkelser (Rtg, ultralyd, CT, MR): Dato(er): _____

 Resultat.: _____

Billedundersøkelser gjøres kun ved spesiell indikasjon for å avdekke skader, infeksjoner eller andre forhold som kan ha betydning for tjenesten. Resultater fra tidligere undersøkelser påføres ved behov.

 Vedlegg Lab Syns us. Audiogram Spirometri EKG
 Annet _____

 Oppfylles de medisinske krav til aktuelle søknad : Ja Nei

Dato: _____ HPR nr _____

 sign. lege

Legens stempel

Utfyllende opplysninger og vurderinger fra legen er gitt i medhold av søkerens bekreftede samtykke over. Lege vurderingen skal som minimum følge retningslinjer gitt i " medisinske krav for PHS , Kgl res 30 nov , 2001" for søkere til PHS. For søkere til Politiets spesialseksjoner gjelder eget regelverk som kan ha høyere krav enn PHS. Konsulter bedriftshelsetjenesten ved Oslo Politidistrikt (22668000) hvis du trenger nærmere opplysninger om dette. Hensikten med legeerklæringen er å vurdere skikkethet ift. tjenesten slik at vedkommende ikke selv lider overlast eller utsetter kolleger eller tredjepart for fare pga sykdom, skade eller lyte. Alle felter som krever spesifisering skal fylles ut med en verdi.