



**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**

<b>Visus:</b>	Langsyn høyre	Langsyn venstre	Nærsyn høyre	Nærsyn venstre
Uten korr.				
Med korr.				
<b>Korreksjon</b>	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

<b>Reflekser</b>	høyre	venstre	kommentar
patellar:			
achilles:			
plantar:			


 LABORATORIEPRØVER Høyde : \_\_\_\_\_ cm Vekt : \_\_\_\_\_ kg BMI ( kg/m<sup>2</sup>) : \_\_\_\_\_

**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 <sup>12</sup> /L K 3.94-5.15x10 <sup>12</sup> / L		
Leukocytter		3.5-11.0 x 10 <sup>9</sup> /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.*