



Ansøgning om nyt møde til Forsvarets Dag



Personnummer: 240985-

Fulde navn: Lauge Jepsen

Adresse: Hiort Lorenzens Gade 6 st. th

Postnr.: 2200 By København N

Forbeholdt FVR

Oprettet/Genoprettet	Init.:
VPM omrapporeret	
SESSIONSTERMIN	

Jeg søger om (sæt x) ☐ Forsvarets Dag snarest muligt
☐ Nyt møde til Forsvarets Dag

Begrundelse for ansøgningen er, at jeg

Til brug for Forsvarets Rekruttering bedes følgende besvaret:

Har du tidligere været på Forsvarets Dag <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - hvor: _____	
Er du indkaldt til aftjening af værnepligt? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Forsvaret Mødedato: _____
Har du tidligere aftjent værnepligt? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Redningsberedskabet Mødedato: _____
	<input type="checkbox"/> Militærnægtertjeneste _____
Ved ansøgning om nyt møde ved Forsvarets Dag af helbredsmæssige årsager, skal dokumentation vedlægges i form af lægeerklæring eventuelt efter aftale med Forsvarets Rekruttering	Sted, dato:
	Din underskrift
	Tlf. og arbejdstlf.

ANSØGNINGEN SKAL INDSENDES TIL: Forsvarets Rekruttering (PF7)
Jonstrupvej 240
Postboks 145
2750 Ballerup



HELBREDSSPØRGESKEMA MÆND



Navn:	Lauge Jepsen
Adresse:	Hiort Lorenzens Gade 6 st. th
Postnummer og By:	2200 København N

Dato:	
Personnummer:	240985-
Telefonnummer:	
E-mailadresse:	

Du skal udfylde og indsende helbredsspørgeskemaet også selv om du tidligere har gjort det!

Når du udfylder helbredsspørgeskemaet skal du på side 6 oplyse navn og adresse på egen læge. Husk også at oplyse dit telefonnummer og evt. mailadresse i ovenstående rubrik.

For at aftjene værnepligt skal du være sund og rask. Er dit helbred ikke godt nok, bliver du fritaget for værnepligtstjeneste. Det er vigtigt for lægen at vide noget om dit helbred, inden du kommer til Forsvarets Dag.

De svar, du giver på spørgsmålene i dette skema er oplysninger, som lægen skal bruge for at kunne behandle din sag bedst muligt. Oplysningerne kan betyde, at du måske ikke skal møde til Forsvarets Dag.

Hvis der er spørgsmål, som du ikke ønsker at svare på i skemaet, kan du i stedet drøfte dem med lægen på Forsvarets Dag. **Send venligst skemaet tilbage inden 4 uger**, også selvom du kan svare NEJ til alle spørgsmålene.

X Spørgsmål og svar.

Til de fleste spørgsmål hører en afkrydsningsrubrik, hvor du skal svare JA eller NEJ. Det er meget vigtigt, at du svarer på spørgsmålene. Du kan formentlig svare på langt de fleste spørgsmål med et **X** i NEJ - rubrikken i overskrifterne, men læs alle spørgsmålene, inden du sætter dit **X**. Dine forældre eller andre, der har taget sig af dig under opvæksten, kan måske hjælpe dig med at svare på spørgsmålene.

Hvis du er blevet behandlet for en eller flere af de sygdomme, der er nævnt, **skal du skrive navn og adresse på det sygehus eller den læge (din egen læge eller en speciallæge)**, som har behandlet dig. Hvis du har lægeattester liggende, skal du sende dem med.

Lovreglerne om tavshedspligt sikrer, at de oplysninger, som gives i skemaet, ikke kommer uvedkommende i hænde.

Du kan henvende dig til Forsvarets Rekruttering på telefon **44 89 50 00**, hvis du er i tvivl om, hvordan du skal udfylde skemaet.

Personlige oplysninger

Skolegang

Hvilken skoleklasse går du i/gik du ud af? _____

Har du fået specialundervisning i skolen? _____

Hvor lang tid? _____

Hvilke fag? _____

Uddannelse

Er du under uddannelse? Nej ☐ Ja ☐ Forventes afsluttet måned år

Hvilken? _____
(Ansøgningsskema om udsættelse med session finder du i hæftet "Før Forsvarets Dag" eller på forsvaretsdag.dk)

Arbejde

Har du arbejde? Nej ☐ JA ☐ Deltid ☐ Fuldtid ☐

Hvilket? _____

Hvor mange arbejdspladser har du haft, siden du gik ud af skolen? _____

Fritid

Hvilken sport/motion/aktiviteter dyrker du? _____

Grønland/Færøerne - Udfyldes kun hvis du har boet 10 år eller mere i Grønland ☐ eller Færøerne ☐

SPØRGESKEMA OM HELBRED

Hvor høj er du? _____ cm. Hvad vejer du? _____ kg.

Nej Ja

Fejler du noget?

☐ ☐

Hvad? _____

Tager du lægeordineret medicin?

☐ ☐

Hvor ofte? _____

Hvilken? _____

For hvad? _____

Medfødte sygdomme/misdannelser?

☐ ☐

Hvilken? _____

Alvorlig smitsom sygdom?

(f.eks. tuberkulose, leverbetændelse m.v.)

☐ ☐

Hvilken? _____

Hvornår? _____

Kræftsygdom?

☐ ☐

Hvilken? _____

Hvornår? _____

	Nej	Ja	
Hormon- eller stofskiftesygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sukkersyge?		<input type="checkbox"/>	Behandling? _____
Anden hormonsygdom?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Blodsygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Er milten fjernet?		<input type="checkbox"/>	
Psykisk sygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angst <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Andet <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Behandling? _____
Afhængighed/misbrug af:			
Alkohol <input type="checkbox"/> Hash <input type="checkbox"/> Narkotika <input type="checkbox"/> Medicin <input type="checkbox"/>			Behandling? _____
Andre psykiske problemer?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Sygdomme i nervesystemet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsi?		<input type="checkbox"/>	Hvornår havde du sidste anfald? _____
Er behandling ophørt?		<input type="checkbox"/>	Hvornår? _____
Migræne/stærk hovedpine?		<input type="checkbox"/>	Antal anfald i de sidste 2 måneder? _____
Anden sygdom i nervesystemet?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Øjensygdomme, herunder synsnedsættelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bruger du briller eller kontaktlinser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Er dit syn normalt m. briller/kontaktlinser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brille-/kontaktlinsestyrke: (anfør +/- foran styrke)			Højre: _____ Venstre: _____
Anden øjensygdom?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Øresygdomme, herunder hørenedsættelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du nedsat hørelse?		<input type="checkbox"/>	
Bruger du høreapparat?		<input type="checkbox"/>	
Er du undersøgt på hørecentral?		<input type="checkbox"/>	Hvor? _____
Anden øresygdom?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____

	Nej	Ja	
Sygdomme i hjerte og blodkar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjertesygdom?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Forhøjet blodtryk?		<input type="checkbox"/>	Behandling? _____
Behandling?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Sygdomme i mund, næse, svælg og lunger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du indenfor de sidste 12 måneder haft astma?		<input type="checkbox"/>	I hvilke situationer får du astma? _____
Får du anfaldsbehandling/forebyggende behandling?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Anden luftvejssygdom?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Sygdomme i mave, tarm, lever m.m.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mavesår eller sår på tolvfingertarmen?		<input type="checkbox"/>	Behandling? _____
Er der foretaget kikkert/eller anden undersøgelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Tarmbetændelse?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Anden sygdom i fordøjelsesorganer?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Hudsygdomme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Udbredt eksem eller psoriasis inden for det sidste år?		<input type="checkbox"/>	Hvilken og hvor? _____ _____
Anden hudsygdom?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Sygdomme i nyrer eller blære?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nyrebetændelse indenfor de sidste 3 år?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Er kontrol ophørt?		<input type="checkbox"/>	
Nyrebækkenbetændelse det sidste år?		<input type="checkbox"/>	
Anden sygdom i urinveje?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Er en af dine nyrer fjernet?		<input type="checkbox"/>	Årsag? _____

	Nej	Ja	
Sygdom i ryg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tilbagevendende rygsmerter?		<input type="checkbox"/>	Undersøgt? _____
Behandling?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Er din ryg blevet røntgenfotograferet/scannet?		<input type="checkbox"/>	Hvad viste undersøgelsen? _____ _____
Misdannelse i ryg eller anden rygssygdom?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Sygdomme i hofter, knæ og ankler m.m.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langvarig hoftesygdom? (hofteskred, Calve Perthes)?		<input type="checkbox"/>	
Varige følger efter skader?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Knæskader / knæproblemer?		<input type="checkbox"/>	
Brud <input type="checkbox"/> Menisk <input type="checkbox"/> Korsbånd <input type="checkbox"/> Andet <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Behandling? _____
Er der foretaget kikkert-/eller anden undersøgelse?		<input type="checkbox"/>	
Ankelskade-/ eller ankelproblemer?		<input type="checkbox"/>	Behandling? _____
Anvender du specialsyet fodtøj/eller indlæg?		<input type="checkbox"/>	
Sygdomme i skuldre, arme eller hænder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Varige følger efter skader?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Ledskred i skulder?		<input type="checkbox"/>	Behandling? _____
Andre symptomer/følgetilstande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har du, eller har du haft andre sygdomme, der ikke er nævnt i dette skema, og som du mener vil få betydning for din sessionsbedømmelse, f.eks. følger efter ulykker?		<input type="checkbox"/>	Hvilken? _____
Ufrivillig vandladning?		<input type="checkbox"/>	Antal gange de sidste 2 mdr. _____
Andet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Er du indstillet til eller tilkendt førtidspension?		<input type="checkbox"/>	Helbredsårsag? _____
Er du eller har du været under revalidering?		<input type="checkbox"/>	Helbredsårsag? _____
Er der i øvrigt andre forhold, du vil tale med sessionslægen om?		<input type="checkbox"/>	

Husk at skrive under!

Jeg giver tilladelse til, at sessionen indhenter oplysninger om min helbredstilstand fra praktiserende læger, sundhed.dk, medicinprofilen m.v., hvis det skønnes nødvendigt.

Personnummer:	Dato:	Underskrift:
---------------	-------	--------------

Egen læges navn og adresse:

Navn:	Adresse:
-------	----------

Liste over sygehuse, læger, speciallæger eller andre, der har behandlet/undersøgt dig (herunder røntgen/scanning)

Sygdommens art: _____ Årstal for behandling _____

Navn og adresse på sygehus,
speciallæge, egen læge eller lign.: _____

Sygdommens art: _____ Årstal for behandling _____

Navn og adresse på sygehus,
speciallæge, egen læge eller lign.: _____

Sygdommens art: _____ Årstal for behandling _____

Navn og adresse på sygehus,
speciallæge, egen læge eller lign.: _____

