

Nye søkere:

Fyll ut skjemaet i to eks.

Send ett eks. umiddelbart til rådgivende lege.

Ta med det andre med til din lege når du skal til undersøkelse.

Misjonærer:

Fyll ut ett eks. Ta det med til legen som videresender til rådgivende lege.

Normisjon har ikke innsyn i dette.

Rådgivende lege:
Magne Hauge Skartveit
Amundsstølen 9
5680 TYSNES
Mob 976 50 114

EGENERKLÆRING OM HELSE FØR ANTAKELSE / UTREISE

Navn:	F.nr (11siffer):	
Adresse i Norge:	Mobiltelefon:	
Arbeidsgiver:	Yrkesområde:	
Barn (Navn/fødselsår):		
Utreise til misjonsfelt/land:	Utreise om lag når:	Tid ikke bestemt?

1. Har du vært innlagt på sykehus?	JA	NEI	Evt. når/hvor?	Diagnose/årsak?
2. Har du gått til legekontroller for langvarig sykdom/plager?	JA	NEI		
Hvilket år? Årsak?	Legens navn/adresse:			
3. Har du vært arbeidsufør i mer enn 1 måned?	JA	NEI	Hvilket år?	Årsak?
4. Har du gått til fysikalsk behandling?	JA	NEI	Hvilket år?	Årsak?

5. Har du hatt noen av følgende sykdommer (sett kryss)?

Lungesykdommer	Kreft	Øyensykdom
Hjertesykdom	Leddgikt	Øresykdom
Høyt blodtrykk	Ischias/lumbago	Hodepine/kronisk smerte
Nyresykdom	Astma/allergi	Svimmelhet
Magesår	Eksem	Depresjon
Gallestein	Høysnue	Søvnvansker
Forstoppelse	Sykdom underliv/kjønnsorganer	Nervøst sammenbrudd
Mén etter alvorlig ulykke	Alvorlig infeksjonssykdom	

Annen sykdom?

Ingen sykdom:

Supplerende opplysninger:

6. Er det noen legemlige eller psykiske sykdommer som har gått igjen i familien? JA NEI Hvilke?**KVINNER:**

7. Hatt menstruasjonsforstyrrelser?	JA	NEI	Hvis ja, bedret seg?
8. Har du hatt underlivslidelse?	JA	NEI	Når?
9. Antall fødsler:	Aborter?	Ekstrauterin graviditet?	
10. Er du gravid nå?	Hvis ja, forventet termin:		
11. Har du hatt komplikasjoner ved graviditet/fødsel? Hvis ja, beskriv nærmere.			

MENN:

12. Har du gjort militærtjeneste/siviltjeneste?	JA	NEI	Tjenestedyktig?
--	----	-----	-----------------

ALLE:

13. Vaksinasjoner: Vaksinert etter norsk rutine? JA NEI

-Hvis mulig angi om du er fullvaksinert for trippelvaksine (stivkrampe/difteri/kikhoste), polio, hepatitt A/B.

Stivkrampe

Meningokokk (angi type)

Difteri

Japansk encefalitt

Polio

Rabies (kugalskap)

Meslinger/MMR

Tyfoid/paratyfoid

Tuberkulose (BCG)

Gulfeber

Hepatitt A

Hepatitt

Evt. Andre vaksiner

14. Resultat av TB-testing (dato): Mantoux:

IGRA/Quantiferon:

15. Bruker du faste medisiner?

JA

NEI

Hvis ja: Hvilke? For hvilken tilstand?

Brukt medisiner over lengre tid siste 2 år:

JA

NEI

Allergi/intoleranse for medikamenter?

Brukt tabletter for malariaproylakse (type)?

16. Røyker du? JA NEI Hvis ja, hvor mye pr.dag?

17. Generelle opplysninger:

Navn og adresse på fastlege:

Evt. Supplerende informasjon om helsetilstand.

18. Hvordan oppfatter du din helsetilstand?

Sted/dato:

Underskrift: