

				Fødselsdato			Personnr.						
Etternavn:				Dag	Mnd	År					Høyde (cm)	Vekt (Kg)	
Fornavn og mellomnavn:											Kroppbygning :		
											Muskuløs		
Bostedsadresse											Atletisk		
											Annen(Beskriv)		
Land				Telefonnr:				Tidligere etternavn					
Postadresse							Fødested/Land						
Land				Telefonnr:				Nasjonalitet					

Generelle opplysninger og sykehistorie						Sykdom i slekten				
		Ja	Nei			Ja	Nei	Ja	Nei	
Øyesykdom/øyeoperasjon				Nese-, hals-, eller taleforstyrrelser				Hjertesykdom		
Har du benyttet eller benytter du briller eller kontaktlinser				Hodeskade, hjernerystelse				Høyt blodtrykk		
Fargeblind/fargesvak				Svimmelhet, besvimelse				Høyt kolesterol		
Høysnue eller annen allergi				Nevrologisk sykdom, slag, epilepsi				Epilepsi		
Asthma , lungesykdom				anfall, lammelser etc.				Psykisk sykdom		
Hjertesykdom , karsykdom				Psykisk sykdom,				Sukkersyke		
Høyt eller lavt blodtrykk				psykologiske problemer				Tuberkulose		
Nyresten, blod i urinen				Alkohol, tabletter, stoffmisbruk				Allergi/astma/eksem		
Sukkersyke, hormonsykdom				Selvmordsforsøk				Arvelig sykdom		
Mage-, lever-, tarmsykdom				Bevegelsesyke som er behandlet med legemiddel				Glaukom(grønn stær)		
Døvhed, øresykdom				Innleggelse på sykehus (*)				Flymedisinsk Inst. sin kommentar		
Anemi, annen blodsykdom				Annen sykdom eller skade						
Malaria eller tropesykdom				Underkjent til militærtjeneste						
Positiv HIV test				av medisinsk årsak						
Annen alvorlig infeksjonssykdom				Ryggsmerter/isjias						
Hudsykdom				Hyppig eller alvorlig hodepine						
Bare for kvinner		Ja	Nei							
Gynekologiske-, menstruelle problemer										
Er du gravid										

(*) Ved fast bruk av medisiner og ved sykehusopphold må opplysninger fra lege/sykehus vedlegges.

Tennene må være i god stand ved optak

Merknader: Tilleggsforklaring til spørsmål besvart med " Ja " Eller annen merknad kroppbygning

Jeg erklærer at overnevnte opplysninger er riktige og at spørsmålene er besvart fullstendig, ærlig og etter beste viten.

Sted _____ Dato _____ Søkers signatur _____