



Søkerens navn (etternavn, fornavn og evt. mellomnavn)	
Fødselsnummer (11 siffer)	Nåværende stilling/yrke
Fullstendig adresse (også evt. postnr. og sted)	

### 1. Egnerklæring - spørsmål som skal besvares av søkeren

ALLE felter MÅ være utfylt for at legeerklæringen skal være gyldig.

Medisinske krav finnes på [www.krus.no](http://www.krus.no)

Henvender du deg til din vanlige lege?		Hvis nei, hvorfor ikke?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei			
<b>Har du/har du hatt:</b>				
	Ja Nei	Ja Nei	Ved kryss i Ja-rute, <u>må</u> det gis nærmere opplysninger om diagnose, behandlende lege eller sykehus, samt behandlingstid og – resultat/prognose. Eventuell diagnose dokumenteres gjennom spesialisterklæring, epikrise eller av fastlege.	
Øyesykdom/øyeoperasjon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Angst/depresjon		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Øresykdom/svekket hørsel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Spiseforstyrrelse		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Muskel-,ledd-,skjelettlidelse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Annen psykisk lidelse (adhd, o.l.)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nevrologisk sykdom (epilepsi o.l.)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Allergi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Migrene		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hjerte-/karsykdom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Svimmelhet / besvimelse		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lungesykdom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Annen langvarig eller alvorlig sykdom		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mage-/tarmsykdom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Funksjonsforstyrrelser/ nedsatt førlighet		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nyre-/urinveissykdom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alkohol- eller tablettmisbruk, eller bruk av illegale substanser		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Varig mén etter skader/operasjon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Spillavhengighet		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lese- og/eller skrivevansker		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sykdomsfravær over 2 uker de siste tre år; hvor lenge og hvorfor				
Har du vært innlagt på sykehus, hvis «Ja»; når, hvor og hvorfor (ikke egen eller egne barns fødsel)				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				
Er du villig til å avlegge prøve for å avdekke alkohol-, medikament-, narkotika- og/eller dopingbruk. Hvis «Nei»; oppgi hvorfor				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				
Er du fritatt fra verneplikt av medisinske grunner? Hvis «Ja»; oppgi hvorfor				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				
Har du behov for spesiell tilrettelegging av undervisning eller eksamen? Hvis «Ja»; skriv kort om hvorfor og hvordan				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				
Har du brukt reseptbelagte medikamenter siste tre år? Hvis «Ja», opplys hvilke og hvor lenge:				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				
Samtykker du i at det søkes opplysninger om din helbredstilstand hos den lege du har søkt eller ved det sykehus du har vært innlagt?				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis «nei», angi årsak				
Samtykker du i at opplysningene på legeerklæringen er tilgjengelig for de som skal behandle søknaden?				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				
Jeg erklærer at søkeren har legitimert seg overfor meg og underskrevet skjemaet i mitt nærvær.		Jeg erklærer at jeg har svart på alle spørsmål så nøyaktig som mulig, etter beste vitende og på riktig måte.		
Jeg bekrefter at jeg er fysisk skikket til å gjennomføre obligatorisk fysisk funksjonstest for opptak til fengselsbetjentutdanningen.				
-----		-----		
Dato / legens underskrift og stempel		Dato / søkerens underskrift		

Fyller ut av legen **ALLE** felter **MÅ** være utfyllt for at legeerklæringen skal være gyldig.

**Søker betaler selv for legeerklæringen**

Navn (gjentas fra første side)	Høyde	Vekt	Blodtrykk	Puls (frekvens og rytme)
	Uten anm.	Anmerkninger		
Ekstremiteter og ledd (funksjon/bevegelse)				
Ryggrad, muskler, ledd og sener				
Hode, nakke, tenner, talefeil				
Nese, bihuler				
Hjerte / kar				
Lunger				
Bukorganer, brokk				
Psyke, uttrykk, opptreden				
Visus <b>uten</b> korreksjon:	Høyre øye	Venstre øye	Begge øyne	
Visus <b>med</b> korreksjon:	Høyre øye	Venstre øye	Begge øyne	
Synsfelt <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Innskrenket				
Benyttes briller eller kontaktlinser (Hvis «ja» <u>må</u> brilleseddel vedlegges):			Foreligger det dobbeltsyn:	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<b>HØRSEL</b> – ved kjent eller tilkommet hørseltap <u>må</u> audiometri/hørselsdiagram vedlegges legeerklæringen (maksimalt 6 mnd. gammelt diagram)				
Talestemme oppfattes med fire meters avstand med ryggen til legen uten høreapparat			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Hvor lenge har De kjent søkeren?			Kjenner De til arvelige eller alvorlige sykdommer i søkers nære familie?	
Har søkeren tegn på psykisk lidelse?			Har De behandlet søkeren for noen sykdom?	
Kjenner De søkerens helbredstilstand?			I så fall, hvordan er den?	
Anser De søkeren for tiden å være frisk og uten bestemte sykdomsanlegg?			Også når De tar hensyn til det søkeren har opplyst selv?	
Undersøkelsen utført (sted og dato)			Legens underskrift og stempel	

**Felt til bruk for merknader fra aspirantnemndas lege:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---