

Opptaksnemnda for politi- og lensmannsetaten

Legeerklæring

for søker som student
ved Polithøgskolen

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

Den undersøkende lege leverer/sender legeerklæringen i lukket konvolutt til søkeren. Søkeren betaler for legeundersøkelsen.

1. Spørsmål som skal besvares av søkeren

ALLE felter MÅ være utfylt for at legeerklæringen skal være gyldig

Henvender du deg til din vanlige lege?		Hvis nei, hvorfor ikke?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei		
Har du/har du hatt:		Ved kryss i Ja-rute, gi nærmere opplysninger om diagnose, behandlende lege eller sykehus, samt behandlingstid og -resultat.	
	Ja Nei		Ja Nei
Hudsykdom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hormon/stoffskiftesykdom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Øyesykdom/svekket syn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sukkersyke	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Øresykdom/svekket hørsel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tuberkuløs sykdom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Knokkel- eller leddlidelse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Angst/depresjon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ryggbesvær/isjias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Spiseforstyrrelse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Annen psykisk lidelse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Allergi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Epilepsi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hjerte-/karsykdom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Migrene	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lungesykdom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Reise/bilsyke	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mage-/tarmsykdom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Annen langvarig eller alvorlig sykdom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nyre-/urinveissykdom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Varig mén etter skader	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sykdom i kjønnsorganer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fysisk svakhet/nedsatt førlighet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sykdomsfravær de siste 3-4 år, hyppighet og lengde			
Har du vært innlagt på sykehus, i tilfelle når og hvorfor?			
Tid og sted for siste skjermbilde-/røntgenundersøkelse av lungene?			
Tid og sted for BCG-vaksine			
Anser du deg frisk og skadefri?		Hvis nei, angi årsak:	
<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		
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 er kjent med at jeg ikke vil kunne få noen erstatning for sykdom eller skade som inntreer senere i tjenesten hvis sykdommen eller skaden står i forbindelse med tidligere sykdom eller legemsfeil som jeg måtte ha fortiet i min erklæring.	
..... Legens underskrift	 Søkerens underskrift	

