



Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

Blankett för förhandsuppgifter: Hälsogranskning för arbetslösa

Blanketten fylls i före hälsogranskningen och tas med till den reserverade mottagningstiden. Alla uppgifter gällande din hälsa är konfidentiella och används endast av hälsovårdspersonalen.

Person- och kontaktuppgifter

Efternamn och förnamn:

Personbeteckning:

Adress:

Telefonnummer:

E-postadress:

Civilstånd:

ogift sambo gift/i registrerat parförhållande frånskild/hemskild änka/änkling

Antal barn att försörja:

Utbildning, yrke och utkomst

Utbildning:

grundskola/folkskola gymnasium/student yrkesutbildning högskoleutbildning

annan utbildning/kurs, vad:

avbruten utbildning/avbrutna utbildningar

Värnplikt: fullgjord inte fullgjord uppskov befriad gäller inte mig

Jag har varit arbetslös: under 6 mån 6–12 mån över 1 år över 5 år

Senaste arbetsuppgift:

Min utkomst består för närvarande av:

inkomstrelaterad dagpenning/arbetslöshetsdagpenning arbetsmarknadsstöd

bostadsstöd utkomststöd sjukdagpenning/rehabiliteringsstöd

inga inkomster annan inkomst

Levnadsvanor, hälsovanor och hälsotillstånd

Näring

Äter du ett varmt mål mat dagligen:

ja nej

Laktar du specialdiet:

nej ja, vilken/varför:

Är du nöjd med din nuvarande vikt:

ja nej, varför:

Motion och hobbyer:

Hur ofta i medeltal per vecka utövar du motion eller nyttomotion minst en halv timme per gång så att du blir andfådd och svettas (ggr/vecka):

inte ens en gång/vecka

Vilka hobbyer har du:

Användning av rusmedel och beroende

Röker du eller använder du snus:

nej har slutat snus

cigaretter/dygn:

Använder du alkohol:

använder inte använder

1 portion = en flaska mellanöl/cider, 12 cl vin, 8 cl starkvin eller 4 cl sprit

Hur många portioner dricker du per gång:

Hur ofta:

Använder du narkotika:

nej ja har provat har slutat

Använder du medicin för annat än för vård av sjukdom:

nej ja har provat har slutat

Känner du att du är beroende av någonting, till exempel internet/penningspel:

nej ja, av vad:

Humör

Hur har ditt humör varit den senaste tiden:

Har du vänner som du tillbringar tid med:

Sover du gott på nätterna:

Hälsotillstånd och arbetsförmåga

Hur bedömer du ditt nuvarande hälsotillstånd:

mycket bra bra någorlunda dåligt mycket dåligt

Är du orolig för något som gäller ditt hälsotillstånd:

Hur bedömer du din nuvarande arbetsförmåga jämfört med det arbete som du söker för närvarande (0= helt arbetsförmögen och 10 = utmärkt arbetsförmåga):

Tror du att du med tanke på din hälsa kan arbeta i ditt nuvarande yrke eller i det yrke som du nu söker ännu om två år:

ganska säkert är inte säker knappast

Vaccineringar

Är dina vaccineringar i kraft: (till exempel difteri och stelkramp):

ja nej vet inte

Sjukdomar och mediciner

Har du haft eller har du nu någon/några av följande av läkare konstaterade sjukdomar eller åkommor

- olycksfallsskada sjukdom i stöd- och rörelseorganen
- andningsorgan-sjukdom, till exempel astma
- hjärtsjukdom, blodcirkulations störning eller högt blodtryck
- psykisk sjukdom, störningar i den mentala hälsan, depression
- epilepsi, kramper eller medvetandestörning migrän, ofta återkommande huvudvärk
- yrsel, balansbesvär eller svimning sjukdom i matsmältningsorganen
- sjukdom i sinnesorganen (syn, hörsel)
- sjukdom som inverkar på uppmärksamheten, koncentrationsförmågan eller minnet
- könssjukdom allergi diabetes operationer eller andra åtgärder
- sjukdomar p.g.a. arbete (exponering för till exempel asbest, bullerskada)
- annan sjukdom eller annat handikapp, vad:

Har du för närvarande besvär, symptom eller misstanke om någon sjukdom som du önskar utredning om:

Har följande sjukdomar förekommit i din närmaste släkt:

allergi astma diabetes blodtryckssjukdom stroke hjärtsjukdom cancer

vet inte annat, vad:

Vilka mediciner eller vilka naturläkemedel använder du regelbundet eller vid behov:

Användning av hälsotjänster och egna förväntningar

När/vilket år har du senast varit på mottagning eller undersökning:

Läkare/hälsovårdare:

Tandläkare/munhygienist:

Har du en varaktig vårdinstans, vilken:

Synundersökning:

Hörselundersökning:

Har du varit sjukledig under de senaste 12 månaderna:

nej ja

Har du varit på rehabilitering eller på rehabiliteringsundersökning:

nej ja, var och när:

Har du andra frågor som du vill diskutera med hälsovårdaren:

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande