

LÆGEATTEST

ved tilmelding til 3-månederskursus i yoga og meditation på
SKANDINAVISK YOGA OG MEDITATIONSSKOLE
Håå Kursuscenter, S-340 13 Hamneda, Sverige. Tlf. 0046 372 55063

Den undersøgtes:

Cpr nummer:..... Erhverv:

Navn:

Adresse:

Telefon (dag/aften):

Identitet bekræftet ved: personligt kendskab pas kørekort andet identitetsbevis

Udfyldes af lægen ifølge den undersøgtes oplysninger:

<i>Den undersøgte har nu eller har haft:</i>	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>		<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	Hvis ja, giv udfyldende oplysninger
Hudsygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nyresygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Øjen-/ørelidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sukkersyge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Akut reumatisk feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Struma eller anden endokrin sygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kronisk ledsygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkuløse sygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Iskias / rygbesvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psykiske eller nervøse lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organisk nervesygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjerte-/karsygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andre langvarige eller alvorlige sygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungesygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sygdom i indre organer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Alvorligt fysisk handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Bruger den undersøgte medicin?	Hvis ja, hvilken slags og siden hvornår?					
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						
Vil den undersøgte bruge medicin under kurset?	Hvis ja, hvilken slags og for hvor lang tid?					
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						
Betragter den undersøgte sig som helt rask?	Hvis nej, årsag:					
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						

Hermed forsikrer jeg at oplysningerne ovenfor er afgivet på tro og love. Jeg er indforstået med at bevidst urigtige informationer kan påvirke betingelserne for min deltagelse på kurset.

.....
Sted og dato

.....
Den undersøgtes underskrift

Sundhedstilstand ved lægens undersøgelse:

Kropskonstitution, almentilstand, hud Mundhule, næse, svælg, stemme, tale, tænder Skjoldbruskkirtel Cirkulationsorganer, åreknuder Åndedrætsorganer Indre organer, brok Holdnings- og bevægelsesorganer	Ingen bem.	Bemærkninger	
Blodtryk	Urin: æggehvide	sukker	sediment

Tegn på organisk nervesygdom, psykose, psykisk eller nervøs lidelse eller særhed, øjen- eller ørelidelse samt anden sygdom eller omstændighed af betydning?

Erklæring

- Ingen øvrige bemærkninger om den undersøgtes sundhedstilstand.
 Følgende bemærkninger om den undersøgtes sundhedstilstand:

.....
Sted og dato

.....
Lægens underskrift

Lægens adresse og telefon (stempel):