

LEGEATTEST

ved påmelding til 3-månederskurs i yoga og meditasjon på
SKANDINAVISK YOGA OG MEDITASJONSSKOLE
Håå Kurssenter, S-340 13 Hamneda, Sverige. Tlf. 095 46 372 55063

Den undersøktes:

Personnummer:..... Stilling:

Navn:

Adresse:

Telefon (arb/priv):

Identitet bekreftet ved: personlig kjennskap pass førerkort annet identitetsbevis

Utfylles av legen i følge den undersøktes opplysninger:

<i>Den undersøgte har nå eller har hatt:</i>	<i>Ja</i>	<i>Nei</i>		<i>Ja</i>	<i>Nei</i>	Hvis ja, gi utfyllende opplysninger
Hudsykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nyresykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Øyen-/ørelidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sukkersyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Akutt reumatisk feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Struma eller annen endokrin sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kronisk leddsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkuløse sykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Isjias / ryggbesvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psykiske eller nervøse lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organisk nervesykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjerte-/karsykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andre langvarige eller alvorlige sykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungesykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sykdom i indre organer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Alvorlig fysisk handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Bruker den undersøkte medisin? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hva slags og fra hvilken dato?
Vil den undersøkte bruke medisin under kurset? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, hva slags og hvor lenge?
Betrakter den undersøkte seg som helt frisk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis nei, årsak:

Hermed forsikrer jeg at opplysningene ovenfor er avgitt på ære og samvittighet. Jeg er innforstått med at bevisst uriktig informasjon kan påvirke betingelsene for min deltagelse på kurset.

.....
Sted og dato Den undersøktes underskrift

Helsetilstand ved legens undersøkelse:

Kroppskonstitusjon, allmenntilstand, hud Munnhule, nese, svelg, stemme, tale, tenner Skjoldbruskkjertel Sirkulasjonsorganer, åreknuter Respirasjonsorganer Indre organer, brokk Holdnings- og bevegelsesorganer	Ingen bem.	Bemerkninger	
Blodtrykk	Urin: eggehvite	Glukose	Sediment

Tegn på organisk nervesykdom, psykisk eller nervøs lidelse eller særegenhet, øyen- eller ørelidelse samt annen sykdom eller omstendighet av betydning:

Erklæring

- Ingen øvrige bemerkninger om den undersøktes helsetilstand.
- Følgende bemerkninger om den undersøktes helsetilstand:

.....
Sted og dato Legens underskrift

Legens adresse og telefon (stempel):