

# LÄKARINTYG

vid anmälan till 3-månaderskursen i Yoga och Meditation på  
SKANDINAVISK YOGA OCH MEDITATIONSSKOLA  
Håå Kursgård, 340 13 Hamneda. Tel. 0372 550 63

Den undersöktes:

Personnummer:..... Yrke: .....

Namn: .....

Adress: .....

Telefon (dag/kväll): .....

Identitet bekräftad genom:  personlig kännedom  pass  körkort  annat identitetsbevis

## Ifylls av läkaren enligt den undersöktes upplysningar:

<i>Den undersökte har eller har haft:</i>	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>		<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	Om ja, ge kompletterande upplysningar
Hudsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ögon-/öronbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sockersjuka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Akut reumatisk feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Struma eller annan			
Kronisk ledsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	endokrin sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ischias / ryggbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulös sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psykiska eller			
Hjärt-/kärlsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nervösa besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organisk nervsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sjukdom i inre organ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andra långvariga eller			
Allvarligt fys. handikapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	allvarliga sjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Använder den undersökte medicin?	Om ja, vilken sort och sedan hur länge?					
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						
Ska den undersökte använda medicin under kursen?	Om ja, vilken sort och under hur lång tid?					
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						
Betraktar den undersökte sig som helt frisk?	Om nej, orsak:					
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						

*Jag försäkrar att ovanstående upplysningar är lämnade på heder och samvete. Jag är införstådd med att medveten oriktig information kan påverka förutsättningarna för mitt deltagande på kursen.*

.....  
Ort och datum

.....  
Den undersöktes underskrift

## Hälsotillstånd vid läkarens undersökning:

Kroppskonstitution, allmäntillstånd, hud Munhåla, näsa, svalg, röst, tal, tänder Sköldkörtel Cirkulationsorgan, åderbrock Andningsorgan Inre organ, brock Hållnings- och rörelseorgan	Ingen anm.	Anmärkning	
Blodtryck	Urin: äggvita	socker	sediment

Tecken på organisk nervsjukdom, psykiska eller nervösa besvär eller säregenhet, ögon- eller öronbesvär samt annan sjukdom eller omständighet av betydelse:

## Intygan

Inga övriga anmärkningar om den undersöktes hälsotillstånd.

Följande anmärkningar om den undersöktes hälsotillstånd:

.....  
Ort och datum

.....  
Läkarens underskrift

Läkarens adress och telefon (stämpel):