

For søkere til bachelorstudium i klassisk ballett

Bokmål

EGENMELDING OM HELSETILSTAND

Skjemaet «Egenmelding om helsetilstand» fylles ut og tas med på opptaksprøvens første dag og leveres juryen. Skjemaet skal IKKE lastes opp i Søknadsweb fordi det kan inneholde sensitive personopplysninger.

Opplysningene blir behandlet konfidensielt og danner grunnlaget for eventuell lege- og fysioterapeutundersøkelse under og etter opptaksprøvene.

| | |
|----------------------|----------------------------|
| Navn, fornavn: | Søkenummer fra SøknadsWeb: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|---------------------------------|
| 1 | Har du i løpet av de siste 3 årene a. hatt plager som har gjort at du ikke har kunne trene fullt, vedvarende mer enn 1 uke? b. hatt sammenhengende plager/skader over mer enn 1 måned? c. oppsøkt fysioterapeut/lege eller annet behandlingspersonell pga. plagene nevnt ovenfor? Hvis ja, hvilke tiltak har blitt satt i gang (for eksempel alternativ trening, behandling, operasjon eller lignende) | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 2 | Har du noen gang hatt brudd? Hvis ja, hvor og når? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 3 | Er du noen gang operert i muskel- og/eller skjelettsystemet? Hvis ja, hvilke typer operasjon og når? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 4 | Har du en kronisk sykdom? Hvis ja, hvilken/hvilke? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 5 | Lider du av astma og/eller allergi? Hvis ja, hvor lenge har du vært plaget? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 6 | Har du/har du hatt hjerte og /eller lungelidelse? Hvis ja, hvilken/hvilke og når? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 7 | Har du plager med mave og/eller tarm? Hvis ja, hvilken/hvilke og når? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 8 | Har du nedsatt syn og/eller hørsel? Hvis ja, angi grad. | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| 9 | Bruker du faste medisiner (unntatt prevensjon)? Hvis ja, hvilke? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |

Jeg bekrefter herved at opplysningene om min helse er korrekte.

Sted/dato: _____ Signatur: _____