**Hälsodeklaration: Insatspolis, Nationella Insatsstyrkan, 2026**

***Innan du fyller i hälsodeklarationen, läs instruktionerna på sista sidan och fyll i hälsodeklarationen digitalt.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personnummer** | **Efternamn** | **Förnamn** | **Datum** | **Ort**  | **Mobilnummer** |
|  ååmmdd-xxxx |  Efternamn |  Förnamn |  åååå-mm-dd |  Ort  | Skriv din text här |
| **Längd och vikt** | **Längd:** ange längd i cm**Vikt:** ange vikt i kg |
| **Känner du dig frisk?**  | [ ]  JA[ ]  NEJ |
| **Har du någon sjukdom eller skada?** *Om ja, beskriv kortfattat* | [ ]  NEJ[ ]  JASkriv din text här |
| **Tar du någon regelbunden medicinering?** Om ja, vilka mediciner? | [ ]  NEJ[ ]  JASkriv din text här |
| **Har du nån sjukdom i hjärta eller kärl?** (ex. hjärtklaffel, arytmi, högt blodtryck, stroke mm) | [ ]  NEJ[ ]  JA, har nu (senaste två åren)[ ]  JA, har haft**Beskriv diagnos och symtom**Skriv din text här**Om du tar medicin för detta ange medicin och när du använde den senast** Skriv din text här |
| **Har du eller har du haft bröstsmärtor, hjärtklappnings-attacker, svimning, yrsel eller plötsligt försämrad kondition?** | [ ]  NEJ[ ]  JA, har nu (senaste två åren)[ ]  JA, har haft**Beskriv besvären och hur länge de pågått**Skriv din text här**Har du utretts för detta? Var, när och hur har utredningen gjorts?** Skriv din text här |
| **Har du eller har du haft allergi eller överkänslighet** (ex. rinnande, kliande ögon, hudutslag, nästäppa, hösnuva, andningsproblem).  | [ ]  NEJ[ ]  JA, har nu (senaste två åren)[ ]  JA, har haft**Beskriv allergin/överkänsligheten**Skriv din text här**Om du tar medicin för detta ange medicin och när du använde den senast** Skriv din text här |
| **Har du eller har du haft astma eller annan sjukdom i lungorna** | [ ]  NEJ[ ]  JA, har nu (senaste två åren)[ ]  JA, har haft**Om ja, vad utlöser/förvärrar sjukdomen**Skriv din text här**Om du tar medicin för detta ange medicin och när du använde den senast** Skriv din text här |
| **Har du eller har du haft neurologisk sjukdom?** | [ ]  NEJ[ ]  JA, har nu (senaste två åren)[ ]  JA, har haft**Beskriv vad**Skriv din text här**Om du tar medicin för detta ange medicin och när du använde den senast** Skriv din text här |
| **Har du eller har du haft epilepsi eller krampanfall** | [ ]  NEJ[ ]  JA, **Om ja, när var senaste anfallet?**Skriv din text här**Om ja, tar du några mediciner eller när slutade du med dessa?**Skriv din text här |
| **Har du eller har du haft huvudvärk /migrän som lett till att du varit tvungen att avbryta det du håller på med?** | [ ]  NEJ[ ]  JA, har nu (senaste två åren)[ ]  JA, har haft**Om ja, ange vilken typ av huvudvärk och hur ofta**Skriv din text här |
| **Har du diabetes?**  | [ ]  NEJ[ ]  JA**Om ja, ange vilken behandling du får**Skriv din text här |
| **Har du eller har du någon sjukdom i buk, mage, tarm, njurar, urinvägar eller könsorgan?** (ex. IBS, glutenintolerans, inflammatorisk tarmsjukdom mm)  | [ ]  NEJ[ ]  JA, har nu (senaste två åren)[ ]  JA, har haft**Beskriv vad**Skriv din text här**Om du tar medicin för detta ange medicin och när du använde den senast** Skriv din text här |
| **Har du eller har du haft någon annan hormonsjukdom?** (ex. sköldkörtelhormonrubbning)  | [ ]  NEJ[ ]  JA, har nu (senaste två åren)[ ]  JA, har haft**Beskriv vad och vilken behandling du fått**Skriv din text här |
| **Har du eller har du haft någon tumörsjukdom (cancersjukdom)?** | [ ]  NEJ[ ]  JA, har nu (senaste två åren)[ ]  JA, har haft**Beskriv vad och vilken behandling du fått**Skriv din text här |
| **Har du eller har du haft eksem eller annan hudsjukdom** | [ ]  NEJ[ ]  JA, har nu (senaste två åren)[ ]  JA, har haft**Om ja, beskriv hudsjukdom**Skriv din text här**Om du tar medicin för detta ange medicin** Skriv din text här |
| **Har du eller har du haft någon ögonsjukdom eller ögonskada?** | [ ]  NEJ[ ]  JA, har nu (senaste två åren)[ ]  JA, har haft**Om ja, beskriv hudsjukdom**Skriv din text här**Om du tar medicin för detta ange medicin** Skriv din text här |
| **Använder du linser eller glasögon? Om ja, styrka?** | [ ]  JA, ange styrka på vänster och höger öga: ange styrka[ ]  NEJ |
| **Har du normalt färgseende?** | [ ]  JA[ ]  NEJ |
| **Har du godkänd syn enligt kravprofil?** *Fullgod syn utan korrektion (kontaktlinser), 0,7 på enskilt öga och 0,8 bilateralt. Kommer testas.* | [ ]  JA[ ]  NEJ |
| **Har du eller har du haft någon öronsjukdom** | [ ]  NEJ[ ]  JA, har nu (senaste två åren)[ ]  JA, har haft**Om ja, beskriv sjukdomen** Skriv din text här |
| **Har du nedsatt hörsel?** *Testas även vid läkarundersökning under rekryteringsprocessen* | [ ]  NEJ[ ]  JAOm svaret är ja underlättas vår bedömning om du har tillgång till hörselkurva (audiogram) och bifogar kopia på den.  |
| **Har du eller har du haft någon diagnos eller tillstånd som rör din psykiska hälsa?** | [ ]  NEJ[ ]  JA, har nu (senaste två åren)[ ]  JA, har haft**Om ja, beskriv vilken diagnos/tillstånd**Skriv din text här**Har du fått nån behandling** (t.ex. läkemedel, samtalsterapi, sjukskrivning)**?**Skriv din text här |
| **Har du eller har du blivit diagnosticerad med ett neuropsykiatriskt funktionshinder** (tex ADHD/ADD, autismspektrum-tillstånd, Touretts syndrom) | [ ]  NEJ[ ]  JA[ ]  VET EJ**Om ja, beskriv vilken diagnos/tillstånd**Skriv din text här |
| **Har du eller har du haft nedanstående besvär** | [ ]  NEJ[ ]  Stark oro eller ångest [ ]  Tvångstankar eller tvångshandlingar [ ]  Perioder av svår nedstämdhet [ ]  Självmordstankar [ ]  Sömnproblem [ ]  Ätstörning[ ]  Andra psykiska besvär **Om ja, beskriv** Skriv din text här |
| **Har du någon gång förfrusit en kroppsdel eller besväras du av vita/stela fingrar eller tår vid kyla?**  | [ ]  NEJ[ ]  JA**Om ja, beskriv** Skriv din text här |
| **Har du eller har du haft sjukdom, skada eller besvär (t.ex. artros) i rörelseapparaten** (nacke, rygg, axlar, armar, händer, höfter ben, fötter) | [ ]  NEJ[ ]  JA, har nu (senaste två åren)[ ]  JA, har haft**Om ja, beskriv sjukdomen, skada och/eller besvär** Skriv din text här |
| **Ange tidigare genomgångna operationer.** | Skriv din text här |
| **Har du behandlats av kiropraktor, naprapat eller liknande de senaste två åren? Om ja, för vilka besvär?** | [ ]  JA, ange vad: Beskriv vad du har behandlats för här[ ]  NEJ |
| **Bär du på någon smitta?** Ex Hepatit, multiresistenta bakterier, HIV eller liknande | [ ]  JA, ange vad: Ange eventuella smittor här[ ]  NEJ |
| **Ange tidigare sjukdomar/skador du behandlats av läkare för de senaste 3 åren.** *(Fysiska och psykiska)* | Skriv din text här |
| **Har du varit eller är du aktiv idrottare, på vilken nivå och inom Vilken gren? Lista dina tre bästa tävlingsresultat.** | [ ]  JA, beskriv vad: Beskriv kort din idrottsliga bakgrund och erfarenhet här[ ]  NEJ |
| **Har du tränat regelbundet de senaste fem åren?** | [ ]  JA, beskriv vad: Beskriv kort vad och hur du har tränat senaste åren här[ ]  NEJ |
| **Beskriv kortfattat en genomsnittlig veckas träning.** *Typ och mängd.* | Skriv din text här |
| **Fysisk status: Dessa fysiska tester måste genomföras och vara ifyllda för att kunna söka som insatspolis vid NI. Testerna genomförs under 120 min. Observatör ska anges.****10 000m löpning (planmark) med egenrapporterad tid genomförs utöver ovan nämnda tester och ingår EJ i totaltiden på 120min samt kan genomföras UTAN observatör.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fystest** | **Maxresultat vid ansökan** |
| Harres test | Tid: Skriv din tid här |
| 5m Repklättring (bara armar) | [ ]  JA [ ]  NEJ |
| Chins med 25 kg | Antal reps: Skriv antal reps här |
| Dips med 25 kg | Antal reps: Skriv antal reps här |
| Marklyft 120 kg | Antal reps: Skriv antal reps här |
| Löpning 3000m på tid | Tid: Skriv din tid här |
| Löpning 10 000m på tid | Tid. Skriv din tid här |

 |
| **Intyg av maxresultat i ovanstående fysiska tester** | **Observatör:** Ange namn på observatör**Telefonnummer:** Ange telefonnummer till observatör**Datum:** åååå-dd-mm |
| **Har du mycket god vattenvana? *Exempel på mycket god vattenvana är att i en följd:****Kan simma 25m under vatten. Kan frisimma 200m i sträck. Dyker utan problem ner till botten 4m och kan ta upp livlös person. Kan trampa vatten med armar över vattnet i 2min. Kan göra kullerbytta i vattnet framåt och bakåt 5ggr.* | [ ]  JA [ ]  NEJ, vänligen förtydliga: Beskriv eventuella kommentarer till bristande vattenvana här |
| **Har du några fobier?** | [ ]  JA, beskriv vad: Beskriv dina fobier här[ ]  NEJ |
| **Är du gravid?** | [ ]  NEJ[ ]  JA[ ]  VET EJ |
| **Hur ofta dricker du alkohol respektive ungefär hur många enheter per gång?** | [ ]  Aldrig [ ]  1-2 glas/burkar/drinkar/[ ]  1 gång/mån [ ]  3-4 glas/burkar/drink[ ]  2-4 gånger/mån [ ]  5-6 glas/burkar/drinkar/[ ]  1-2 gånger/vecka [ ]  7-8 glas/burkar/drinkar/[ ]  3 gånger/vecka [ ]  8-9 glas/burkar/drinkar/[ ]  4 gånger eller mer/vecka [ ]  10 eller mer glas/burkar/drinkar/ |
| **Har du använt droger** (t.ex. cannabis, ecstacy eller kokain)? | [ ]  NEJ[ ]  JA |
| **Har du använt anabola steroider eller andra otillåtna prestationshöjande preparat?** | [ ]  NEJ[ ]  JA |
| **Har du några andra sjukdomar, skador eller medicinska besvär i övrigt?** | [ ]  NEJ[ ]  JA**Om ja, beskriv** Skriv din text här |
| **Finns det något övrigt du vill tillföra hälsodeklarationen?** | Skriv din text här |

**Forts. på nästa sida**

**Information om ansökningshandlingen:**

### ****Viktig information****

Inför de fysiska och psykiska tester som ingår i denna rekryteringsprocess är det mycket viktigt att du lämnar korrekta och fullständiga uppgifter om ditt nuvarande hälsotillstånd.

Under testerna kommer du utsättas för hård fysisk och psykisk belastning. Felaktiga eller utelämnade uppgifter kan äventyra din personliga säkerhet och leda till att du tvingas avbryta eller utesluts från det fortsatta testförfarandet.

Under testprocessen kommer medicinska kontroller och undersökningar att genomföras. Dessa syftar till att:

* Skydda din hälsa och säkerhet
* Verifiera de uppgifter du lämnat
* Ligga till grund för slutlig medicinsk bedömning av din lämplighet inför anställning

Om ditt fysiska eller psykiska tillstånd förändras under processens gång är du skyldig att omgående informera ansvarig rekryterare.

### ****Intyg****

Jag intygar härmed på **heder och samvete** att samtliga uppgifter jag lämnar i hälsodeklarationen är sanningsenliga och att jag inte medvetet utelämnat information som är relevant för bedömningen av min hälsa eller lämplighet i rekryteringsprocessen.
Jag är medveten om att felaktiga eller ofullständiga uppgifter kan påverka min säkerhet samt möjligheten att fullfölja testförfarandet.

🖊️ **Namn (text):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

📅 **Datum:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

✍️ **Underskrift:**

 ****

(Skriv din signatur på ett vitt papper, skanna eller ta ett foto, spara som en bildfil med transparant bakgrund, klicka sedan på ikonen ovan och infoga underskriften)

**Forts. på nästa sida**

**Instruktion**

* Blanketten ska fyllas i digitalt på dator, skrivas under (se instruktion ovan) och mailas in tillsammans med övriga ansökningshandlingar.
* Om du har en sjukdom, skada, funktionsnedsättning eller har genomgått en operation **bör du bifoga journalkopior från sjukvården** som beskriver tillståndet.
* Du skall vara beredd på att kunna verifiera dina svar ovan med objektiv information.
* I sidhuvudet ska du ange ditt namn, se gulmarkerat område.
* I vissa fall ska du komplettera med uppgifter, där finns det färdiga fält som går att fylla i, fyll i dessa enligt instruktion.
* Det är viktigt att du fyller i en komplett hälsodeklaration och att alla frågor besvaras.
* Hälsodeklarationen sparas digitalt i samma filformat som originalet. Använd word och spara i .doc eller .docx, **konvertera inte och använd INTE pdf-format.**
* Spara ansökan med filnamnet enligt följande: Efternamn Förnamn Hälsodeklaration NI 2026. Docx, t.ex. AnderssonJensHälsodeklarationNI2026.docx.
* Du kan bli uppringd på ovanstående mobilnummer för kompletterande frågor.
* Om du före, under eller efter antagningsprocessen har nån sjukdom, skada eller symtom som är odiagnosticerade/obehandlad rekommenderas att du kontaktar din ordinarie läkare för undersökning av denna. Detta görs inte av polisen.

//Rekryteringen NI