

FILIPPINSKA AMBASSADEN STOCKHOLM		Fäst nyligen taget och undertecknat ID-fotografi på sökanden här (5 x 5 cm)
HÄLSOUNDERSÖKNING AV VISUMSÖKANDE		
Ort:	Datum:	
På begäran av den filippinska konsuln vid:	Ort:	
	Land:	
Jag intygar att jag på ovan angivna datum undersökt		
Namn:	Ålder:	Kön: Medborgarskap:
Och att sökanden i enlighet med filippinska immigrationsbestämmelserna ska klassificeras på följande vis: (ringa in lämplig klass)		
KLASS A	FARLIGA SMITTSAMMA SJUKDOMAR: Kankroid, gonorré, granulom, inguinal, lepra (infektiös), venerisk lymfgranulom, syfilis (infektiöst stadium) och tuberkulos (aktiv), AIDS. ALLVARLIGA MENTALA STÖRNINGAR: Mental efterblivenhet (mental deficiency), sinnessjukdom, tidigare förekomst av en eller flera utbrott av sinnessjukdom, antisocialt beteende, psykiska defekter, epilepsi, sexuell avvikelse, narkotiskt drogeroende, kronisk alkoholism.	
KLASS B	OM KLASS A INTE ÄR AKTUELL: Person med kroppslig defekt, sjukdom eller handikapp som är av allvarligt eller permanent slag, som kommer att begränsa hans/hennes förmåga att förtjäna sitt uppehälle och sannolikt göra honom/henne till en börda för samhället.	
KLASS C	Mindre åkommor	
MEDICINSKA UPPGIFTER		
Relevant medicinsk historik: Signifikant kroppsundersökning: Rapport från bröstkorgröntgen: (från 11 år och uppåt) (Aktuell röntgenplåt 14 x 17 tum) Laboratorieundersökning: (Bifoga laborierapporter)		
a) Blodserologi : (från 15 år och uppåt) b) Urin : (från 1 år och uppåt) c) Avföring : (från 1 år och uppåt) d) Övriga undersökning(ar) : vid behov :		
<input type="checkbox"/> Har ej kroppsliga eller psykiska defekter eller sjukdomar.		
Undersökande läkare:	Adress:	