

# Gesundheitsfragebogen

Name: .....

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse wahrheitsgetreu.  
Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Haben bzw. hatten Sie Probleme mit der  
Wirbelsäule?

Nein  Ja

Welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie Probleme mit den Gelenken?

Nein  Ja

Welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie Probleme mit der Haut?

Nein  Ja

Welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal einen Allergietest gemacht?

Nein  Ja

Welche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein  Ja

Welche: \_\_\_\_\_

Besteht oder bestand der Verdacht auf TBC oder waren  
Sie wegen Tuberkulose in Behandlung?

Nein  Ja

Wann: \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal bei einem Unfall verletzt?

Nein  Ja

Wann und welche  
Verletzung? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Hörvermögen beeinträchtigt?

Nein  Ja

Tragen Sie Brille oder Kontaktlinsen?

Nein  Ja

Leiden Sie an Diabetes mellitus?

Nein  Ja

Leiden Sie an

Asthma

regelmäßigen  
Kopfschmerzen

Wetterfühligkeit

Waren Sie wegen:

Depressionen

Schizophrenie

anderen psychischen Krankheiten  
in Behandlung

Wenn ja, wann und bei wem?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger krank oder in Spitalsbehandlung?  Nein  Ja  
Wegen: \_\_\_\_\_

Gibt es Tätigkeiten, deren Ausübung Ihnen aus Gesundheitlichen Gründen nicht oder nur eingeschränkt möglich sind?  Nein  Ja  
Welche: \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon einmal Kontakt mit Drogen?  Nein  Ja  
Welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal regelmäßig Drogen konsumiert?  Nein  Ja  
Welche/Wie viel: \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie Alkohol?  Nein  Ja  
Welche/Wie viel: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  Ja  
Wie viel: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Entzug von Alkohol bzw. Drogen hinter sich?  Nein  Ja  
Welche/Wie viel: \_\_\_\_\_

Weitere Angaben:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich o. a. Fragen wahrheitsgetreu beantwortet habe.  
Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass unwahre Angaben bzw. verschwiegene Vorkommnisse zur Nichtaufnahme bzw. zum vorzeitigen Ausschluss führen können.

.....  
Datum / Ort:

.....  
Unterschrift: