

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: