

# Gesundheitsfragebogen

**Vor- Nachname:** \_\_\_\_\_

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?                                       | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja<br>Welche: _____                     |
| Haben Sie Probleme mit den Gelenken?  | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja<br>Welche: _____                     |
| Haben Sie Probleme mit der Haut?  | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja<br>Welche: _____                     |
| Haben Sie schon einmal einen Allergietest gemacht?  | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja<br>Welche: _____                     |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja<br>Welche: _____                     |
| Besteht oder bestand der Verdacht auf TBC oder waren Sie wegen Tuberkulose in Behandlung? | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja<br>Wann: _____                       |
| Wurden Sie schon einmal bei einem Unfall verletzt?  | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja<br>Wann und welche Verletzung? _____ |
| Ist Ihr Hörvermögen beeinträchtigt?   | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja                                      |
| Tragen Sie Brille oder Kontaktlinsen?   | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja                                      |
| Leiden Sie an Diabetes mellitus?  | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja                                      |
| Leiden Sie an   | <input type="checkbox"/> Asthma   | <input type="checkbox"/> regelmäßigen Kopfschmerzen              |
|   |   | <input type="checkbox"/> Wetterfühligkeit                        |
| Waren Sie wegen:  | <input type="checkbox"/> Depressionen<br><input type="checkbox"/> Schizophrenie<br><input type="checkbox"/> anderen psychischen Krankheiten in Behandlung | Wenn ja, wann und bei wem?<br>_____<br>_____                     |
| Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger krank oder in Spitalsbehandlung?                 | <input type="checkbox"/> Nein   | <input type="checkbox"/> Ja<br>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: \_\_\_\_\_

Weiter Angaben:

---

---

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich o. a. Fragen wahrheitsgetreu beantwortet habe.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass unwahre Angaben bzw. verschwiegene Vorkommnisse zur Nichtaufnahme bzw. zum vorzeitigen Ausschluss führen können.

.....  
Ort/Datum:

.....  
Unterschrift: