

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Bitte bearbeiten Sie die folgenden Fragen vollständig und nach bestem Wissen. Wenn Sie eine Frage mit „ja“ beantworten, machen Sie dazu auf der Rückseite des Formulars weitere Angaben unter Nennung der jeweiligen Fragennummer.

Bitte bringen Sie ggf. zur Untersuchung Ihren Impfpass und wichtige medizinisch Unterlagen (medikamentenplan, Befunde) mit

Haben oder hatten Ihre Eltern, Kinder und/oder Geschwister folgende Krankheiten:

- | | | |
|---|-----|-------|
| 1. Bluthochdruck | Oja | Onein |
| 2. Asthma | Oja | Onein |
| 3. Zucker | Oja | Onein |
| 4. Herz-Kreislauf | Oja | Onein |
| 5. Hauterkrankungen | Oja | Onein |
| 6. Andere schwerwiegende Leiden (Gicht, Rheuma, Krebs usw.) | Oja | Onein |

Stehen oder standen Sie in Behandlung wegen ...

Erkrankungen

- | | | |
|---------------------------|-----|-------|
| 7. der Augen | Oja | Onein |
| 8. der Ohren | Oja | Onein |
| 9. des Herzens | Oja | Onein |
| 10. der Lunge | Oja | Onein |
| 11. der Bronchien | Oja | Onein |
| 12. der Leber oder Galle | Oja | Onein |
| 13. des Magens oder Darms | Oja | Onein |
| 14. der Wirbelsäule | Oja | Onein |
| 15. der Gelenke | Oja | Onein |
| 16. des Unterleibes | Oja | Onein |
| 17. der Nerven | Oja | Onein |
| 18. der Haut | Oja | Onein |
| 19. einer Allergie | Oja | Onein |
| 20. einer Vergiftung | Oja | Onein |
| 21. einer Zuckerkrankheit | Oja | Onein |
| 22. einer Tuberkulose | Oja | Onein |
| 23. eines Bluthochdruckes | Oja | Onein |

Haben Sie zur Zeit ...

- | | | |
|---|-----|-------|
| 24. Sehstörungen | Oja | Onein |
| 25. Hörstörungen | Oja | Onein |
| 26. Husten oder Auswurf | Oja | Onein |
| 27. Atemnot | Oja | Onein |
| 28. Herzschmerzen | Oja | Onein |
| 29. Rückenschmerzen | Oja | Onein |
| 30. Gelenkschmerzen | Oja | Onein |
| 31. Magen- oder Darmstörungen | Oja | Onein |
| 32. Kopfschmerzen | Oja | Onein |
| 33. anderweitige Beschwerden, die noch nicht erfragt wurden | Oja | Onein |

Weitere Angaben:

- | | | |
|--|-----|-------|
| 34. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | Oja | Onein |
| 35. Sind Sie Raucher? | Oja | Onein |
| 36. Sind Sie schon einmal operiert worden? | Oja | Onein |
| 37. Hatten Sie Unfälle mit erheblichen Verletzungsfolgen? | Oja | Onein |
| 38. Wurden Ihnen Kuren gewährt? | Oja | Onein |
| 39. Ist in absehbarer Zeit eine Operation/Kur/ sonstige Therapie geplant | Oja | Onein |
| 40. Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor? | Oja | Onein |

Beziehen Sie eine Rente?

- | | | |
|------------------------------------|-----|-------|
| 41.wegen Wehrdienstbeschädigung | Oja | Onein |
| 42.wegen Unfall/Berufskrankheit | Oja | Onein |
| 43.wegen Berufs-Erwerbsunfähigkeit | Oja | Onein |

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ort _____

Datum, _____

Unterschrift _____