



# Gesundheitserhebung

<b>persönliche Daten</b>	Vor- und Familienname:		.....	
	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Geburtsdatum:	
	Sozialversicherungsnummer:			
<b>durchlebte Infektionskrankheiten</b>	Windpocken:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	sonstige:	
	Scharlach:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	.....	
<b>bestanden oder bestehen andere Krankheiten</b>	häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem? (Zutreffendes unterstreichen) nähere Angaben:			
	.....			
<b>Operationen, Unfallfolgen</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:	.....		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:	.....		
<b>regelmäßige Medikation</b>	.....			
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	letzte Auffrischung am:		
<b>FSME-Impfung (Zecken)</b>	.....			
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:	.....		
<b>empfohlene Impfungen</b>	.....			
	Bitte Impfpass zur Eignungsprüfung mitnehmen!			
<b>Besonderheiten</b>	Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	häufiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sprachfehler	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Sehfehler	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Hörfehler	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	chron. Mittelohrentzünd.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Auffälligkeit:	
	Allergien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Ekzem, Heuschnupfen, Chlorallergie, Unverträglichkeiten):		
	.....			

Datum:

Unterschrift: