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: