

# Gesundheitsfragebogen

(Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht)

---

Name, Vorname, Geb.-Datum

---

Berufliche Tätigkeit bzw. frühere berufliche Tätigkeit

*Haben oder hatten Sie eine der folgenden Beschwerden ?*

| Erkrankungen                                  | ja | nein | Bemerkungen |
|---|----|------|-------------|
| wiederholt Mandelentzündungen                 |    |      |             |
| wiederholt Bronchitis oder Asthma             |    |      |             |
| Allergien                                     |    |      |             |
| Infektionserkrankung                          |    |      |             |
| Augenkrankheiten                              |    |      |             |
| Ohren-Krankheiten                             |    |      |             |
| Magen-Darm-Krankheiten                        |    |      |             |
| Blasen-Nieren-Krankheiten                     |    |      |             |
| Nerven- und psychische Erkrankungen           |    |      |             |
| Wirbelsäulen- Knochen- oder Gelenkkrankheiten |    |      |             |
| Zuckerkrankheit                               |    |      |             |
| Herz-Kreislaufkrankheiten                     |    |      |             |
| andere Erkrankungen                           |    |      |             |
| angeborene Schäden/Behinderungen              |    |      |             |
| Operationen                                   |    |      |             |
| Unfälle                                       |    |      |             |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?            |    |      |             |

*Leiden Sie häufig unter folgenden Beschwerden ?*

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Husten/Auswurf/Atemnot                                   |  |  |  |
| Schwindel/Ohnmacht                                       |  |  |  |
| Kopfschmerz  |  |  |  |
| Übelkeit/Erbrechen                                       |  |  |  |
| allergische Reaktionen                                   |  |  |  |
| Hautausschläge   |  |  |  |
| sonstige Beschwerden                                     |  |  |  |
| Geimpft gegen Tetanus/Diphtherie/Pertussis/Hepatitis A/B |  |  |  |
| Sonstige Impfungen                                       |  |  |  |