Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Frühere Erkrankungen und Operationen (mit Jahresangabe):

Unfälle/Sportverletzungen (mit Jahresangabe):

Krankenhausaufenthalte (zuletzt, weswegen?):

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung (wenn ja, weswegen?):

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (wenn ja, welche?):

Frühere oder bestehende Erkrankungen bzw. Beschwerden:

 Tuberkolose

 Zuckerkrankheit (Diabetes)

 Krampfanfälle (Epilepsie)

 Nerven/Psyche

 Herz

 Blutdruck (Hypertonie, Hypotonie)

 Lunge (z.B. Asthma)

 Magen/Darmtrakt

 Wirbelsäule

 Gelenke

 Gehör (z.B. Schwerhörigkeit, Hörgeräte)

 Augen (Brillen oder Kontaktlinsen)

 Allergien, welche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich versichere, alle angeführten Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Bewerber\*in