



## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Vor- und Zuname: .....

Die gesundheitliche Eignung ist eine unbedingte Voraussetzung für eine Aufnahme in ein **Vertragsbedienstetenverhältnis**.

Bitte beantworten Sie daher die nachfolgenden Fragen in Ihrem eigenen Interesse wahrheitsgetreu. Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

- |  |                          |      |                          |                                 |       |
|--|--------------------------|------|--------------------------|---------------------------------|-------|
| 1. Haben Sie Probleme mit der Wirbelsäule? (z.B. mit den Bandscheiben)                       | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja, welche:                     | ..... |
| 2. Haben Sie Probleme mit den Gelenken?  | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja, welche:                     | ..... |
| 3. Haben Sie Probleme mit der Haut?  | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja, welche:                     | ..... |
| 4. Haben Sie schon einmal einen Allergietest gemacht?  | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja, welche Allergie:            | ..... |
| 5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja, welche:                     | ..... |
| 6. Besteht oder bestand der Verdacht auf TBC oder waren Sie wegen Tuberkulose in Behandlung? | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja, wann:                       | ..... |
| 7. Liegen ansteckende Krankheiten (z.B. Hepatitis) vor?                                      | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja, welche:                     | ..... |
| 8. Wurden Sie schon einmal bei einem Unfall verletzt?  | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja, wann und welche Verletzung: | ..... |
| 9. Ist Ihr Hörvermögen beeinträchtigt?   | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja                              |       |
| 10. Ist Ihr Sehvermögen beeinträchtigt?  | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja                              |       |
| 11. Leiden Sie an Diabetes mellitus?   | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> | Ja                              |       |

12. Leiden Sie an

- Asthma
- regelmäßigen Kopfschmerzen
- Wetterfühligkeit

13. Waren Sie wegen folgenden Krankheiten in Behandlung?

Depressionen

Wenn ja, wann und bei wem: .....

Schizophrenie

anderen psychischen Krankheiten

14. Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger krank oder in Spitalsbehandlung

Nein

Ja, wegen:

.....

15. Gibt es Tätigkeiten, deren Ausübung Ihnen aus gesundheitlichen

Nein

Gründen nicht oder nur eingeschränkt möglich sind?

Ja, welche:

.....

....., am .....

.....

Unterschrift