



Die **Gesundheitserhebung**

**persönliche
Daten**

Vor- und Familienname:

Geschlecht: w m

Geburtsdatum:

Sozialversicherungsnummer:

**durchlebte
Infektions-
krankheiten**

Windpocken: nein ja

sonstige:

Scharlach: nein ja

**bestanden oder
bestehen
andere
Krankheiten**

häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem? (Zutreffendes unterstreichen)

nähere Angaben:

**Operationen,
Unfallfolgen**

nein ja, welche:

**regelmäßige
Medikation**

nein ja, welche:

**FSME-Impfung
(Zecken)**

nein ja letzte Auffrischung am:

**empfohlene
Impfungen**

nein ja, welche:

Bitte Impfpass zur Eignungsprüfung mitnehmen!

Besonderheiten

Anfallsleiden nein ja häufiger Kopfschmerz nein ja

Ohnmachtsneigung nein ja Sprachfehler nein ja

Asthma bronchiale nein ja Sehfehler nein ja

Zuckerkrankheit nein ja Hörfehler nein ja

chron. Mittelohrentzünd. nein ja Auffälligkeit:

Allergien nein ja (Ekzem, Heuschnupfen, Chlorallergie, Unverträglichkeit):

Datum:

Unterschrift: