
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:

- Tuberkulose
- 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