# Gesundheitsfragebogen Erwachsene

Vorname und Name: Wählen Sie ein Element aus.

Anschrift: Wählen Sie ein Element aus.

Bitte kreuzen Sie nachfolgend die zutreffenden Aussagen an:

Ich habe Probleme mit dem Innenohr: [ ]  ja [ ]  nein

Ich leide unter Atemwegserkrankungen (Asthma etc.): [ ]  ja [ ]  nein

Bitte geben Sie die Erkrankungen genau an:

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

Ich leide an einer Allergie: [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, müssen Sie deshalb regelmäßig Medikamente einnehmen? [ ]  ja [ ]  nein

Welche?

Ich habe in letzter Zeit häufig über Schwindel geklagt: [ ]  ja [ ]  nein

Ich bin Diabetiker: [ ]  ja [ ]  nein

Ich bin Brillenträger: [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche Sehstärke wurde festgestellt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bei mir ist ein Anfallsleiden bekannt: [ ]  ja [ ]  nein

Bei einem Unfall sollen benachrichtigt werden (Name, Telefonnummer):

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

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

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

Ort, Datum Unterschrift