# 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