

Magenschleimhautentzündung	nein	ja	Wann:
Magen-, Zwölffingerdarmgeschwür	nein	ja	Wann:
Gallensteine	nein	ja	
Bauchspeicheldrüsenentzündung	nein	ja	Wann:
Darmentzündung	nein	ja	Wann:
Verdauungsstörungen	nein	ja	
Leisten- oder anderer Eingeweidebruch	nein	ja	
Leberentzündung mit / ohne Gelbsucht	nein	ja	Wann:
Andere Verdauungskrankheiten	nein	ja	Welche:

Auffällige Harnbefunde bekannt	nein	ja
Zeitweilige Harnwegsinfekte	nein	ja
Nierenentzündung	nein	ja
Nierensteine	nein	ja
Harnröhrenausfluss	nein	ja
Geschlechtskrankheiten	nein	ja

Gelenkrheumatismus	nein	ja
Rückenschmerzen	nein	ja
Bandscheibendefekte	nein	ja
Knochen-, insbesondere Wirbelbrüche	nein	ja
Andere Wirbelsäulenleiden	nein	ja
Schädelverletzungen	nein	ja
Verstauchungen, Bänderrisse	nein	ja
Kraft- od. Bewegungseinschränkungen	nein	ja
Nervenschäden, Lähmungen	nein	ja
Meniskus- oder andere Knorpelschäden	nein	ja
Plattfüße, andere Fußdeformitäten	nein	ja
Krampfäden	nein	ja

Sonstige Erkrankungen, welche bisher nicht aufgeführt wurden:

Ort, Datum

Unterschrift

Name	Geburtsdatum
Anschritt	
AblaufNr.:	
Stellungsuntersuchung/Eignungsprüfung ab:	

MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

Ihre Antworten werden ausschließlich durch medizinisches Personal des Bundesministeriums für Landesverteidigung und Sport bearbeitet. Diese Personen sind hinsichtlich der von Ihnen bekanntgegebenen Daten zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Der medizinische Fragebogen ist am ersten Tag der Stellung bei der Aufnahme ausgefüllt zu übergeben. **Ärztliche Zeugnisse, Befunde, Bestätigungen** und dergleichen sowie Sehbehelfe (z.Bsp. Brille) sind mitzubringen.

Anleitung

Zur Ausfüllung des „Medizinischen Fragebogens“

1. Die Fragen sind zur Feststellung Ihres Gesundheitszustandes gewissenhaft, vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Die Fragen beziehen sich auf Krankheiten, die Sie in der Vergangenheit durchgemacht haben bzw. an denen Sie zur Zeit leiden.
2. Die Fragen sind durch Ankreuzen der entsprechenden Kästchen mit **Kugelschreiber** zu beantworten.
3. Bei Unsicherheit in der Fragenbeantwortung sind die Eltern und eventuell der Hausarzt zu befragen. Bestehen dennoch Zweifel in der Beantwortung, lassen Sie die Frage offen.
4. Der Fragebogen ist - zur Bestätigung der Richtigkeit der Angaben - unbedingt zu **unterschreiben!**

Betrifft BLUTSVERWANDTE: Ist eine der folgenden Krankheiten bei Blutsverwandten aufgetreten:

Zuckerkrankheit	nein	ja
Lungenasthma	nein	ja
Tuberkulose	nein	ja
Herzfehler	nein	ja
Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall	nein	ja
Bluterinnungsstörungen	nein	ja
Krebserkrankungen	nein	ja
Andere Erkrankungen in der Familie	nein	ja

Alle weiteren Fragen betreffen Sie selbst:

Sind Sie Linkshänder	nein	ja	
Rauchen Sie	nein	ja	Wieviel:
Trinken Sie Alkohol	nein	ja	Wieviel:
Nehmen Sie Drogen	nein	ja	Welche:
Ernähren Sie sich mittels Diät	nein	ja	Welche:
Betreiben Sie regelmäßig Sport	nein	ja	Welchen:

Fühlen Sie sich krank	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:
Leiden Sie unter Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:
Werden Sie laufend ärztlich behandelt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit/Wegen:
Hatten Sie Operationen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann/Welche:
Andere Krankenhausaufenthalte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann/Wegen:
Besteht eine Invalidität mit Gutachten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Prozent:
Haben Sie angeborene Leiden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:
Haben Sie Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:

Leiden Sie unter einer der folgenden Störungen oder Krankheiten:

Hormonstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:
Schilddrüsenerkrankung (Kropf)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Andere Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:
Haut- oder andere Organtransplantation	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welches:
Künstlicher Gelenkersatz oder Prothesen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:
Metallimplantate nach Verletzungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wo:
Brust- oder andere Implantate	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:

Blutarmut	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Leiden Sie an starker Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Andere Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:

Nervenärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Weswegen:
Psychotherapeutische Behandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Weswegen:
Lese- oder Schreibschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Stottern oder andere Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Schwitzen Sie leicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Leiden Sie unter Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Neigen Sie zu Schlafwandelerei	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Leiden Sie unter Angst oder Unruhe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sind sie leicht zornig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sind Sie grundlos traurig	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Stehen Sie vor unlösbaren Problemen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Werden Sie immer benachteiligt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Fühlen Sie sich beobachtet	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Konflikte mit Eltern/Vorgesetzten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Andere seelische Krankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Epilepsie (Hinfallende Krankheit)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann:
Nervenverletzungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann:
Migräne	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wie oft:
Schwindelanfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Meningitis, Encephalitis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann:
Andere Krankheiten des Nervensystems	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:

Ekzem, chronische Hautveränderungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Psoriasis (Schuppenflechte)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Hautallergien, Ausschläge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Hautpilzkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Andere Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:

Tumorbehandlung (Geschwulst)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann/Welche:
------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	--------------

Augenkrankheiten / -verletzungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann/Welche:
Netzhauterkrankungen oder -ablösung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Operationen oder Laserungen am Auge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann/Welche:
Sind Sie Brillenträger (auch zeitweilig)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Verwenden Sie Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Farbenblindheit oder -sehschwäche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:
Sind Sie nachtblind	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Andere Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:

Haben Sie Hörstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Verwenden Sie einen Hörapparat	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit wann:
Haben Sie oft Ohrentzündungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Lärmbelastung am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Leiden Sie unter Ohrgeräuschen (Tinnitus)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Seit :
Haben Sie andere Ohrenkrankheiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:

Zahnverletzungen oder Zahnersatz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Tragen Sie eine Zahnspange	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Bis wann:
Leiden Sie an Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Medikamente:
Nebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Häufige Halsentzündungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Mandelopoperation durchgeführt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann:
Ist das Atmen durch die Nase erschwert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Andere Krankheiten im HNO-Bereich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:

Häufiger oder langdauernder Husten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Chronische Bronchitis oder Asthma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Lungenentzündung, Rippenfellentzündung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Lungenveränderungen im Röntgen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Andere Erkrankungen der Atmungsorgane	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:

Anfälle von Herzrasen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wie oft:
Herzmuskelentzündung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wann:
Belastungsabhängige Atemnot	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Erhöhter Blutdruck (über 150 mm)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Blutdruck:
Lungenembolie, Lungeninfarkt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Andere Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche: