



Hannover, _____

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

1. Berufliche Tätigkeiten, längere Auslandsaufenthalte

2. Sind Sie schon früher in einem Gesundheitsamt untersucht worden?

nein ja Wann? _____ Wo? _____
Warum? _____

3. Wurden Sie schon einmal an anderer Stelle auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht? (z. B. Bundeswehr, Rentenversicherung, Arbeitsagentur)

nein ja Wann? _____ Wo? _____
Warum? _____

4. Haben Sie Beeinträchtigungen oder Erkrankungen, die auch bei nahe verwandten Personen (Eltern, Geschwister) auftreten?

nein ja, welche? _____

5. Haben Sie zur Zeit oder hatten Sie in den letzten 6 Monaten gesundheitliche Beschwerden bzw. Krankheiten?

nein ja, welche? _____

6. Sind Sie z. Zt. oder waren Sie in den letzten 12 Monaten dienst- oder arbeitsunfähig erkrankt?

nein ja, wegen? _____ wie lange? _____

7. Waren Sie jemals im Krankenhaus?

nein ja, wegen? _____

8. Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente (auch die Pille) ein?

nein ja, welche? _____

9. Trinken Sie mehr als 1 mal in der Woche Alkohol?

nein ja, wie viel / Tag? _____

10. Rauchen Sie?

nein ja, wie viele / Tag? _____

11. Haben oder hatten Sie Kontakt zu Drogen?

nein ja, welche? _____

12. Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

nein ja, mit einer GdB von _____ v. H. / Merkzeichen _____

13. Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein ja _____

14. Haben Sie Kuren durchgeführt?

nein ja, wann? _____

15. Hatten Sie schon einmal eine Psychotherapie?

nein ja, wann? _____

16. Wurden Sie aufgrund der folgenden Beschwerden / Erkrankungen schon einmal behandelt?:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz, Kreislauferkrankung | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Allergien, Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Gicht, Rheuma | <input type="checkbox"/> Tumorleiden |
| <input type="checkbox"/> Hautleiden | <input type="checkbox"/> Magen-/ Darmerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Rücken-, Gelenk-Muskelbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Krampfleiden | |
| <input type="checkbox"/> Suchtkrankheit | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Unfälle | <input type="checkbox"/> sonstige _____ |

Ich versichere, dass ich die Angaben zur Vorgeschichte vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und nichts, insbesondere frühere Erkrankungen, verschwiegen habe. Mit ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben strafrechtliche Folgen nach sich ziehen und dass dadurch erschlichene begünstigende Verwaltungsakte jederzeit zurückgenommen und gegen mich Schadensersatzansprüche geltend gemacht werden können.

Datum / Unterschrift