

Arzt/Ärztin (Stempel):

Gesundheitsanamneseblatt für hausärztliche Untersuchung Jungjäger:innen / Aufsichtsjäger:innen

Sie werden ersucht, den nachstehenden Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen.

--	--	--

Name

Vorname

Geburtsdatum

Ja nein

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich leide/litt | - an Schwindelanfällen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - Bewusstseinsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - epileptischen Anfällen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide an schwerer Tagesmüdigkeit oder Einschlafneigung | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide/litt an einer psychischen Krankheit | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe/hatte Probleme mit- Alkohol | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - Drogen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | - Medikamentenmissbrauch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich war einer Nervenabteilung in psychiatrischer Behandlung | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich hatte Spitalsaufenthalte
(außer Blinddarm-OP., Mandel-OP., Leistenbruch-OP., Geburt) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin Diabetiker | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe/hatte Bluthochdruck | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe/hatte Herzprobleme/eine Herzerkrankung | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe/hatte eine Augenerkrankung/Sehstörung/Schielbehandlung
als Kind | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich trage Kontaktlinsen/Brille | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin nachtblind | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich trage eine Arm-/Beinprothese | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich nehme regelmäßig Medikamente
wegen: _____ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich trage Hörgeräte | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich hatte Alkohol- bzw. Drogendelikte | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum

Unterschrift Antragsteller:in