|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ärztlicher Fragebogen (Tgl-Abkl)** |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **Wichtige Bemerkungen:**Dieser ärztliche Fragebogen muss **zu Hause ausge-füllt werden** und ist vor der **Tauglichkeitsabklärung einzusenden.**Es liegt in Ihrem Interesse, alle darin enthaltenen Fragen genau zu beantworten.Ihre die Tauglichkeit betreffenden **ärztlichen Un-terlagen** (Arztzeugnisse usw. [exkl. Röntgenbilder]) sind bei Ihren Ärzten/Spitälern **anzufordern** und mitzubringen. Ihre Auskünfte unterstehen **dem ärztlichen Geheimnis** und werden **vertraulich behandelt.** |  |  | «AHV\_Nr»**«Name» «Vorname»**«Strasse»«PLZ» «Ort» |  |
|  |  |  |  |

Vom Bewerber auszufüllen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Familiäre Krankheiten: |  | **Leer lassen!** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Jetziger Beruf: |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| Sind Sie im Elternhaus aufgewachsen? |
| Wenn nein, wo?  |
| Ist Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt? |
| Sind Sie arbeitslos? |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| Nein | Ja |
| 🞎 | 🞎 |
|  |  |
| 🞎 | 🞎 |
| 🞎 | 🞎 |

 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |

|  |
| --- |
| Trinken Sie regelmässig alkoholische Getränke? |
| Wenn ja, welche?  |
| Wieviel pro Tag?  |
| Rauchen Sie? (Zigaretten, Zigarren, Pfeife) |
| Wenn ja, wieviel pro Tag?  |
| Nehmen sie regelmässig Medikamente ein? |
| Wenn ja, welche? Wie oft?  |
|  |
| Konsumieren Sie Rauschgifte (Drogen) oder haben Sie solche früher konsumiert? |
| Wenn ja, welche? Wie oft?  |
|  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 | 🞎 |
|  |  |
|  |  |
| 🞎 | 🞎 |
|  |  |
| 🞎 | 🞎 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 🞎 | 🞎 |
|  |  |
|  |  |

 |  |
|  |  |
| Zutreffendes ankreuzen! |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Sind Sie Linkshänder? |

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 | 🞎 |

 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |

|  |
| --- |
| Sind von Ihnen Röntgen- oder Schirmbilder angefertigt worden? |
| Mussten Sie im Anschluss an eine Röntgenaufnahme behandelt werden? |
| Wenn ja, weshalb, wann und wo? |
|  |
|  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 | 🞎 |
| 🞎 | 🞎 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  X |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Gesundheitsstörungen:** |  |
| Nr. | Nein Ja |
|  1. Schwere Infektionskrankheiten (wiederholt Angina, Hirnhautentzündung, Gelbsucht, HIV)? | 🞎 1 🞎 |
|  2. Nervenkrankheiten (nervöse Störungen, Depression, Schlafwandel, Nervenzusammenbruch, Epilepsie, hartnäckiges Kopfweh, Schlaflosigkeit, Ohnmacht? | 🞎 2 🞎 |
|  Waren Sie bei einem Psychiater in Behandlung? | 🞎 🞎 |
|  Wurden Sie durch Psychologen getestet? | 🞎 🞎 |
|  3. Augenleiden oder -verletzungen (Entzündungen, Abweichung von der normalen Sehschärfe, Nachtblindheit)? | 🞎 3 🞎 |
|  Sind Sie Brillenträger? (wenn ja, Brillenrezept zur Rekrutierung mitbringen). | 🞎 🞎 |
|  Sind Sie Kontaktlinsenträger? (wenn ja, Kontaktlinsen und Linsenpass zur Rekrutierung mitbringen). | 🞎 🞎 |
|  4. Ohrenkrankheiten (Ohrfluss, Schwerhörigkeit)? | 🞎 4 🞎 |
|  5. Nasen- oder Halsleiden, schwere Gebissveränderungen, Entzündungen der Mandeln oder Halsdrüsen, Heuschnupfen? | 🞎 5 🞎 |
|  6. Blut- Haut- oder Drüsenkrankheiten, Tumoren, Zuckerkrankheit? | 🞎 6 🞎 |
|  7. Herzkrankheiten (erhöhter Blutdruck, Herzfehler, Herzklopfen), Krampfadern? | 🞎 7 🞎 |
|  8. Lungenkrankheiten (Tuberkulose, Brustfellentzündung, Asthma, chronische Bronchitis)? | 🞎 8 🞎 |
|  9. Magen-, Darm- oder Leberkrankheiten (Gelbsucht, Hämorrhoiden, Mastdarmfistel, Blinddarm, Nabel-/Leistenbruch usw.)? | 🞎 9 🞎 |
|  Müssen Sie Diät halten? | 🞎 🞎 |
|  10. Nieren- oder Blasenkrankheiten, Blasenschwäche, Eiweiss im Urin, Nierensteine? | 🞎 10 🞎 |
|  11. Rheumatismus, Entzündungen der Gelenke, Knochenmarkentzündung, Rücken- oder Fussbeschwerden? | 🞎 11 🞎 |
|  12. Waren Sie das Opfer eines Unfalls (Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, schwere Verletzungen)? | 🞎 12 🞎 |
|  13. Haben Sie sich jemals einer Operation oder anderen Spitalbehandlungen unterzogen? | 🞎 13 🞎 |
|  14. Ein oben nicht genanntes Leiden oder Gebrechen, z. B. Missbildung oder Verstümmelung eines Körperteils, Kropf, Lähmung, Muskelschwund? | 🞎 14 🞎 |

 | **Leer lassen!** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Falls Sie eine der Fragen(1-14) mit «Ja» beantworten, um **welche** Krankheit, Operation oder um **welchen** Unfall handelt es sich? | Wann? Dauer? Geheilt? Folgen? Behandelnder Arzt? |
|  |
|  | Nr. |  |  |
|  | Nr. |  |  |
|  | Nr. |  |  |
|  | Nr. |  |  |
|  | Nr. |  |  |
|  | Nr. |  |  |
|  | Nr. |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| Name, Adresse und Telefonnummer Ihres (Haus-) Arztes:  |
| Sind Sie bei guter Gesundheit? | Nein 🞎 Ja 🞎 |
|  |
| Fühlen Sie sich fähig, weiter Zivilschutz zu leisten? | Nein 🞎 Ja 🞎 |
|  |
| **Haben Sie Militärdienst geleistet ?** Ja 🞎 Nein 🞎 |
|  |
| Ort und Datum: |  | Unterschrift: |
|  |  |  |
| Genaue Adresse und Postleitzahl: |  |
|  |  |  |

 |