



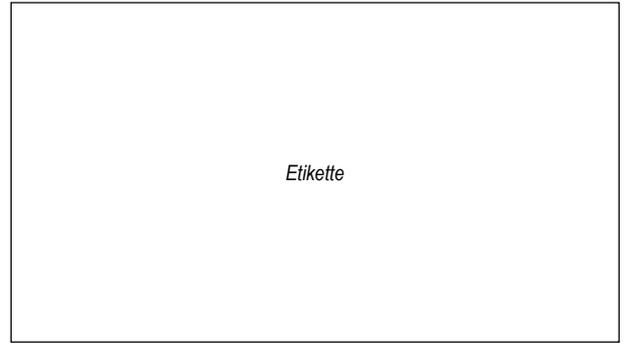
## Medizinischer Fragebogen

### Wichtige Bemerkungen:

Dieser medizinische Fragebogen muss **zu Hause ausgefüllt werden** und ist zum **Orientierungstag mitzubringen**.

Es liegt in Ihrem Interesse, alle darin enthaltenen Fragen genau zu beantworten, gegebenenfalls unter Mithilfe der Eltern.

Ihre die Tauglichkeit betreffenden **ärztlichen Unterlagen** (Arztzeugnisse usw. [keine Röntgenbilder]) sind bei Ihren Ärzten/Spitälern **anzufordern** und zum Orientierungstag mitzubringen. Ihre Auskünfte unterstehen **dem ärztlichen Geheimnis** und werden **vertraulich behandelt**.



Etikette

Vom Stellungspflichtigen auszufüllen

Zutreffendes ankreuzen!

Vom Stellungspflichtigen auszufüllen		<input type="checkbox"/> Zutreffendes ankreuzen!
Familiäre Krankheiten: _____ _____ _____		<b>Leer lassen !</b>
Besuchte Schulen: _____ _____ _____		
Aktuelle Ausbildung (Schule, Berufslehre, Universität). Falls nicht in Ausbildung: welches ist Ihre aktuelle Tätigkeit? _____ _____		
Ihr Berufsziel: _____		
Erlernter Beruf des Vaters: _____		
Erlernter Beruf der Mutter: _____		
	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>
Sind Sie bei den Eltern aufgewachsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein, wo? _____		
Ist Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wodurch? _____		
Sind Sie arbeitslos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, seit wann? _____		
Trinken Sie regelmässig alkoholische Getränke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Wie viel und wie oft pro Tag? _____		
Kommt es bei Ihnen zu übermässigem Alkoholkonsum (z.B. Filmriss)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie oft? _____		
Rauchen Sie Zigaretten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viel pro Tag? _____		
Konsumieren Sie aktuell Cannabis/THC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: - wie viel und wie oft? _____		
- in welchem Alter haben Sie mit dem Konsum von Cannabis begonnen? _____		
Konsumieren Sie andere Rauschgifte (Drogen) oder haben Sie solche früher konsumiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? wie oft? _____		
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? Wie oft? _____		
Sind Sie Linkshänder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind von Ihnen Röntgenbilder, CT oder MRI angefertigt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mussten Sie im Anschluss an eine solche Untersuchung behandelt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, weshalb, wann und wo? _____		



<b>Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Gesundheitsstörungen:</b>		<b>Nein</b>	<b>Ja *</b>	<b>Leer lassen !</b>
<b>Nr.</b>				
1.	Schwere Infektionskrankheiten z. B. wiederholt Angina, Hirnhautentzündung, Gelbsucht, HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Psychische Störungen (z.B. Depression, Ängste, Schlafwandeln, Nervenzusammenbruch, ADHS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2a.	Wurden Sie schon einmal psychologisch abgeklärt (z.B. Schulpsychologe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2b.	Wurden Sie schon einmal psychiatrisch / psychologisch behandelt (Therapie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Neurologische Erkrankungen z.B. Epilepsie, hartnäckiges Kopfweh, Schlaflosigkeit, Ohnmacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Augenleiden oder -verletzungen (Entzündungen, Abweichung von der normalen Sehschärfe, Nachtblindheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4a.	Sind Sie Brillenträger? (wenn ja, Brillenrezept zur Rekrutierung mitbringen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4b.	Sind Sie Kontaktlinsenträger? (wenn ja, Kontaktlinsen und Linsenpass zur Rekrutierung mitbringen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Ohrenkrankheiten (Ohrfluss, Schwerhörigkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Nasen- oder Halsleiden, schwere Gebissveränderungen, Entzündungen der Mandeln oder Halsdrüsen, Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Blut- Haut- oder Drüsenkrankheiten, Tumoren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Herzkrankheiten (erhöhter Blutdruck, Herzfehler, Herzklopfen), Krampfadern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Lungenkrankheiten (Tuberkulose, Brustfellentzündung, Asthma, chronische Bronchitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Magen-, Darm- oder Leberkrankheiten (Gelbsucht, Hämorrhoiden, Mastdarmfistel, Blinddarm, Nabel-/Leistenbruch usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11a.	Müssen Sie Diät halten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Nieren- oder Blasenkrankheiten, Blasenschwäche, Eiweiss im Urin, Nierensteine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Rheumatismus, Entzündungen der Gelenke, Knochenmarkentzündung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Leiden Sie an Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Leiden Sie an Hüftbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Leiden Sie an Knie- oder Fussbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Leiden Sie an Beschwerden der oberen Extremitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18.	Waren Sie das Opfer eines Unfalls (Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, schwere Verletzungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19.	Haben Sie sich jemals einer Operation oder anderen Spitalbehandlungen unterzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20.	Haben Sie ein oben nicht genanntes Leiden oder Gebrechen, z. B. Missbildung oder Verstümmelung eines Körperteils, Kropf, Lähmung, Muskelschwund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\* *Kommentar obligatorisch*

Falls Sie eine der Fragen (1–20) mit «Ja» beantworten, um welche Krankheit, Operation oder um welchen Unfall handelt es sich?		Wann? Dauer? Geheilt? Folgen? Behandelnder Arzt?
Nr.		

Name, Adresse und Telefonnummer Ihres (Haus-) Arztes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Sie bei guter Gesundheit?

Nein  Ja

Wenn nein, warum nicht?

Halten Sie sich fähig, Militärdienst zu leisten?

Nein  Ja

Wenn nein: Zivilschutzdienst?

Nein  Ja

Wenn nein, warum nicht?

**Falls Sie sich nicht fähig fühlen Militärdienst zu leisten oder falls Sie eine grössere Operation oder eine schwere Krankheit durchgemacht haben, sollten Sie auf eigene Kosten ein ausführliches ärztliches Zeugnis in verschlossenem Umschlag zum Orientierungstag mitbringen.**

Der Unterzeichner / die Unterzeichnerin erklärt, dass alle Angaben wahrheitsgetreu sind und dass nötigenfalls über seinen/ihren Gesundheitszustand bei den Eltern oder behandelnden Ärzten Auskunft eingeholt werden kann. Telefonnummer der Eltern:

Ort und Datum:

Unterschrift des Stellungspflichtigen:

\_\_\_\_\_

Genauere Adresse und Postleitzahl:

\_\_\_\_\_

Mobiltelefon:

\_\_\_\_\_