



Persönliche Angaben über den Gesundheitszustand

(gem. Richtlinien für die Kontrolle des Gesundheitszustandes; auszufüllen durch die Studierende/den Studierenden)

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und wahrheitsgetreu aus. Fehlende oder falsche Angaben über bekannte, vorbestehende, schwerwiegende gesundheitliche Störungen hätten die Nichtzulassung zur Ausbildung oder allenfalls den Schulausschluss zur Folge.

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

1. Welche Infektions- bzw. Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht oder sind dagegen geimpft? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Krankheit	Impfung	Krankheit	Impfung
<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diphtherie/Tetanus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kinderlähmung	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/>		

2. Welche anderen Krankheiten bzw. Unfälle oder Operationen haben Sie sonst durchgemacht?

Krankheit / Unfall / Operation	Jahr
.....
.....
.....
.....

3. Mussten Sie als Patient/in schon in ein Spital aufgenommen werden?

Warum?	Jahr	Spital (Ort)
.....
.....
.....
.....

4. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in ärztlicher Behandlung? (bitte auch dann ausfüllen, wenn oben bereits erwähnt)

Warum?	Jahr	Spital/Praxis
.....
.....
.....
.....

5. Waren Sie schon in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung oder Betreuung?

Warum?	Jahr
.....
.....
.....
.....

6. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

	Seit wann?
.....
.....
.....
.....

7. Bestanden früher oder bestehen aktuell Probleme mit Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsum? (bitte jede Zeile mit ja oder nein beantworten)

Alkohol:

Drogen:

Medikamente:

8. Weisen Sie irgendwelche Allergien (Überempfindlichkeit) auf? Wenn ja, welche?

Seit wann?

.....

.....

.....

.....

9. Bestehen zum heutigen Zeitpunkt Beschwerden irgendwelcher Art oder Krankheiten, Behinderungen, Unfallfolgen? Wenn ja, welche?

Seit wann?

.....

.....

.....

.....

10. Fühlen Sie sich zum heutigen Zeitpunkt völlig gesund?

.....

11. Sind Sie zurzeit wegen Gesundheitsproblemen in Behandlung?

Ja Nein

Grund:

.....

.....

12. Allfällige Bemerkungen oder weitere Angaben:

.....

.....

Die vorliegenden Fragen wurden wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet:

Unterschrift der Bewerber/in:

.....

Unterschrift der gesetzlichen Vertreter/in:

.....

Ort und Datum:

.....

Bitte diesen Fragebogen zusammen mit dem Arztzeugnis und der Kopie des Impfausweises in das beiliegende Couvert geben. Dieses wird an die Vertrauensärztin der Höheren Fachschule weitergeleitet.