|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: | |  | |  |  |  | | | | |