

Gesundheitszeugnis Teil 1

Name des Antragstellers: _____ geb. _____

Anschrift: _____

Alle Fragen in Teil 1 müssen vollständig vom Bewerber selbst ausgefüllt werden.

1. Haben Sie jemals eine der folgenden Krankheiten gehabt?

(Wenn ja, bitte die jeweilige unterstreichen. Wenn nein, keine Eintragung.)

Asthma	Blutzucker	Malaria	Pocken
Blinddarm	Epilepsie	Lungenentzündung	TBC
Blinddarmoperation	Bruch	Rheuma	Chron. Husten
Allergien	Bruchoperation	Scharlach	Chron. schwere
Schwindel	Benommenheit		Kopfschmerzen

Irgendwelche Erkrankungen, Schäden oder Abnormitäten an: (Wenn ja, bitte unterstreichen)

Augen/Sehfähigkeit	Magen/Darm	Lunge
Ohren/Hörfähigkeit	Genital/Ausscheidungsorgane	Knochen/Gelenke/Rückgrat
Mandeln/Nase/Rachen	Herz/Kreislauf	Gehirn/Nerven
Mandeln entfernt	Haut/Akne o. ä.	Blut/Drüsen
		Unterleibsorgane

2. Waren Sie jemals im Krankenhaus? Wenn ja, bitte geben Sie Erkrankung und Ergebnis der Behandlung sowie Datum des Krankenhausaufenthalts an.

3. War irgendein Mitglied Ihrer engeren Familie (Eltern, Geschwister) jemals erkrankt an:

(Wenn ja, bitte Datum, Beschreibung und Ergebnis der Erkrankung angeben)

Zucker	TBC	Geistigen, nervlichen Störungen
--------	-----	---------------------------------

4. Geben Sie bitte ausführlichere, weitere Informationen (Daten, Einzelheiten) über die unter 1. erwähnten Krankheiten an (wenn nötig, Rückseite benutzen).

5. Haben Sie jemals einen Neurologen, Psychiater, Psychologen oder anderen Facharzt für geistige/nervliche Störungen aufgesucht? Ja / Nein

Wenn ja, bitte Name und Anschrift des betreffenden Arztes angeben.

6. Wenn irgendeine zahnorthopädische Behandlung in den nächsten zwei Jahren erforderlich sein wird, bitte genaue Angaben auf gesondertem Blatt beifügen.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewerbers