

## Angaben Gesundheitszustand

von der Kandidatin / vom Kandidaten auszufüllen und vom Hausarzt unterschrieben den Bewerbungsunterlagen beilegen.

Name ..... Vorname.....

Geburtsdatum ..... Wohnort.....

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

| 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  | <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"/> Wilde Blattern | <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. Spitalaufenthalt?

| Grund | Jahr | Spital |
|-------|------|--------|
| ..... |      |        |
| ..... |      |        |
| ..... |      |        |

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

| Grund | Jahr | Spital |
|-------|------|--------|
|-------|------|--------|

.....

.....

.....

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

| Grund | Jahr | Wo? |
|-------|------|-----|
|-------|------|-----|

.....

.....

.....

6. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja,

| Welche? | Seit wann? |
|---------|------------|
|---------|------------|

.....

.....

.....

7. Hatten Sie schon einmal Probleme mit Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsum?  
(bitte jede Zeile mit ja oder nein beantworten)

|             |       |
|-------------|-------|
| Alkohol     | ..... |
| Drogen      | ..... |
| Medikamente | ..... |

8. Leiden Sie an irgendwelchen Allergien? Wenn ja,

| Welche? | Seit wann? |
|---------|------------|
|---------|------------|

.....

.....

.....

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

Welche?

Seit wann?

.....  
.....  
.....

Wenn ja, sind Sie deswegen momentan in ärztlicher Behandlung?

Wo?

Seit wann?

.....  
.....

10. Fühlen Sie sich im heutigen Zeitpunkt völlig gesund? .....

11. Liegt bei Ihnen eine Essstörung (Bulimie / Anorexia) oder ein extremes Essverhalten vor? Wenn ja,

Welche/s?

Seit wann?

.....

12. Allfällige Bemerkungen oder weitere Angaben

.....  
.....

Die vorliegenden Fragen wurden wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet:

Unterschrift Kandidatin / Kandidat

Ort und Datum:

.....

.....

**Bestätigung des Hausarztes:**

Hiermit bestätige ich, dass alle Ausführungen den Tatsachen entsprechen. Es bestehen bei obgenannter Person keine geistigen oder körperlichen Probleme, die eine Physiotherapie-Ausbildung in Frage stellen würden.

Stempel und Unterschrift Hausarzt

Ort und Datum

.....

.....