



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**.

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Wohnort: _____

Vom Stellungspflichtigen auszufüllen

Zutreffendes ankreuzen!

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

Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Gesundheitsstörungen:		Nein	Ja *	Leer lassen!
N°				
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.	
Nr.	
Nr.	
Nr.	
Nr.	
Nr.	
Nr.	

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

Sind Sie bei guter Gesundheit?

Nein Ja

Wenn nein, warum nicht?

Fühlen Sie sich fähig, Militärdienst zu leisten?

Nein Ja

Wenn nein: Zivildienst?

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 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: