



Gesundheitsfragen				1. VP		2. VP	
6.12 der Ohren (z. B. Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Lärmschaden, Gleichgewichtsstörung)?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6.13 des Stoffwechsels (z. B. Diabetes, erhöhter Blutzucker, Schilddrüse, Hormonstörung, erhöhte Cholesterinwerte)?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6.14 des Blutes, der Lymphknoten (z. B. Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörungen, Gicht, Thrombose, Lymphknotenschwellung, Lymphknotenentzündung)?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6.15 akute oder chronische Infektionskrankheiten (z. B. Malaria, Tuberkulose, Borreliose, Hirnhautentzündung, Herpesinfektion)?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7. Werden oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aus gesundheitlichen Gründen durch Ärzte oder andere Behandler (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) beraten, untersucht und/oder wurden bei Ihnen Behandlungen durchgeführt, verordnet oder angeraten?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8. Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren im Zusammenhang mit den hier angegebenen Gesundheitsstörungen Medikamente über mehr als 5 Tage?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
9. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Drogen zu sich genommen?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
10. Nehmen Sie derzeit oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Alkohol zu sich (d.h. mehr als ein Monat lang täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage im Jahr)?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
11. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren beraten, untersucht oder behandelt oder sind solche Maßnahmen vorgesehen wegen				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12.1 gut- oder bösartiger Tumorerkrankungen (Krebs)?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12.2 eines Suizidversuchs?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12.3 der Einnahme von Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12.4 der Folgen von Alkoholenuss oder Alkoholabhängigkeit?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12.5 Erkrankungen oder Störungen der Psyche (z.B Depressionen, Angstzustände, Belastungsreaktion, Burnout-Syndrom, Essstörungen, ADS)?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
13. Bestehen bei Ihnen derzeit körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z.B. durch angeborene Behinderungen, Missbildungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen), oder wurde eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), eine Schwerbehinderung (GdB) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) anerkannt oder beantragt?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
14. Sind Sie derzeit Raucher oder haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht bzw. konsumieren Sie E-Zigaretten? Falls ja, was? Anzahl pro Tag? (z.B. Anzahl der Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen pro Tag) _____ _____ _____ Nichtraucher seit: _____				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
15. Bitte geben Sie hier Ihre derzeitigen Körpermaße an:				cm	kg	cm	kg
<b>Bezogen auf die Gesundheitsverhältnisse der letzten 10 Jahre</b>							
16. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (Operationen, Entzugsbehandlungen, Strahlen- bzw. Chemotherapie, Rehabehandlungen, Kuren) bzw. ist eine solche Behandlung vorgesehen oder empfohlen?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Bezogen auf zeitlich unbefristete Gesundheitsverhältnisse</b>							
17. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)?  Wenn ja, wann? _____ Bei welchem Arzt (Anschrift)? _____				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Erläuterungen zu allem mit  ja beantworteten Fragen**

Frage-Nr.	VP-Nr.	Genauere Art der Krankheit, Behandlung etc.	Wann, Dauer, Häufigkeit, Ergebnis	Arzt/Krankenhaus mit Anschrift

Falls der Platz nicht ausreicht, bitte formloses unterschriebenes Ergänzungsblatt beifügen.

Anlage: Unterschriebenes Ergänzungsblatt  Ja