



Gesundheitsformular für Studenten

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig aus. Bitte großschreiben.

Name/Vorname: Fakultät/Spec.:
 Geburtsort (Stadt, Land) und Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr):
 Mädchenname der Mutter:
 Adresse:
 Krankenkasse, Karte:

Bitte beantworten Sie diese Fragen wahrheitstreu und nach bestem Wissen.

1. Leiden Ihre Eltern oder Geschwister an irgendwelche Krankheiten (zum Beispiel: hohem Blutdruck, Diabetes, Asthma,)

Mutter: Vater: Geschwister:

2. Leiden Sie an Allergien (Nahrung, Insektenstich, Medikamente, Heuschnupfen, andere) ?

Ja / bitte spezifizieren: Nein

3. Hatten Sie bereits eine oder mehrere Operationen?

Ja / spezifizieren:..... Nein:

4. Hatten sie die folgenden Infektionskrankheiten:

Masern: Ja Nein **Windpocken:** Ja Nein **Mumps:** Ja Nein
Mononukleose: Ja Nein **Tuberkulose:** Ja Nein **Hepatitis:** Ja Nein

5. Hatten Sie je eine positive HIV-Test? Ja Nein

6. Wurden Sie wegen Malaria behandelt? Ja Nein

7. Bitte zählen Sie alle anderen Infektionskrankheiten auf, die Sie überstanden haben:

8. Haben Sie je Bewusstsein verloren? Ja / wann, wie oft: Nein

9. Haben Sie je einen epileptischen Anfall? Ja / wann, wie oft: Nein

10. Haben Sie chronische Gesundheitsprobleme oder sind sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Ja / Bitte spezifizieren: Nein

11. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja, die folgende Nein
 Medikament#1 Dose: Zur Behandlung von:
 Medikament#2 Dose Zur Behandlung von:

12. Rauchen Sie? Nein Ja, seit Jahren, täglich Zigaretten

13. Trinken Sie Alkohol? Nie Manchmal wöchentlich Täglich

14. Haben Sie den Führerschein? Ja Nein

15. Wurden Sie gegen Hepatitis-B geimpft? Ja Nein

Ich bestätige, dass die vorliegenden Angaben wahrheitsgetrau und vollständig sind. Wenn eine Änderung in meine Gesundheitszustand eintreten sollte, werde ich die Arbeitsmedizin - Versorger der Universität davon verständigen.

Ort, Datum:

Unterschrift