

.....  
Vorname

.....  
Name

## **Medizinischer Fragebogen**

Ist der/die Teilnehmer/in Vegetarier? JA NEIN

Bisherige Erkrankungen (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Lungenentzündung, Nierenerkrankung, Herzfehler, Kreislaufschwäche, Anfallsleiden, Hautausschläge,  
Zuckerkrankheit, Asthma , sonstiges:.....

.....  
Allergie gegen.....

.....  
Krankenhausaufenthalt im Jahr .....wegen .....

Krankenhausaufenthalt im Jahr .....wegen .....

Nimmt der/die Teilnehmer/in regelmäßig Medikamente? JA NEIN

wenn ja, welche .....

Impfungen: (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Keuchhusten, Kinderlähmung, Diphtherie, sonstiges .....

Wundstarrkrampf - letzte Injektion im Jahre .....

Bei dringenden Anlässen, auf ärztlichen Rat, gebe ich generell meine Zustimmung zu ärztlichen Eingriffen (z.B. Blinddarmoperation, kompliziertem Bruch etc.)

JA

NEIN

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift d. Erz.berechtigten