



## Gesundheitsfragebogen

Bitte lesen Sie den nachfolgenden Fragebogen, und füllen Sie ihn gewissenhaft und vollständig aus.

### Leiden Sie an folgenden Erkrankungen:

Ja      Nein

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krebs und andere bösartige Neubildungen (auch geheilt)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insulin-pflichtiger Diabetes mellitus  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schweres therapiebedürftiges Asthma bronchiale   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schwere chronische obstruktive Bronchitis  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schwere Herzerkrankungen wie koronare Herzkrankheit, Angina pectoris, schwere Arrhythmien, Herzinfarkt   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schwere Nierenerkrankungen   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erkrankungen des Blutgefäßsystems wie zerebrovaskuläre Erkrankungen (z.B. Schlaganfall), arterielle Thrombosen, wiederkehrende venöse Thrombosen   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dauerausscheidung von Salmonellen (Typhus- und Paratyphuserregern)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Akute und chronische Hepatitis (infektiöse Gelbsucht)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV-Infektion (AIDS)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nicht ausgeheilte Geschlechtskrankheiten wie Syphilis oder Gonorrhoe   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autoimmunerkrankungen wie Morbus Crohn, Morbus Basedow, rheumatoide Arthritis, Multiple Sklerose, Lupus Erythematodes  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Suchterkrankungen wie Medikamenten-, Rauschgift- oder Alkoholsucht   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bestehende oder abgelaufene tropische Infektionskrankheiten wie z.B. Babesiose, Trypanosomiasis (Chagas- oder Schlafkrankheit), Leishmaniasis, Malaria, Lepra, Brucellose, Rickettsiose, Rückfallfieber, Tularämie (Hasenpest) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erbliche Bluterkrankheiten wie z.B. Thalassaemie, Sichelzellanämie   |
| <hr/>                    |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wurden Sie mit Hypophysenhormonen z. B. Wachstumshormonen behandelt  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gehören Sie einer Risikogruppe für schwere Infektionskrankheiten, wie Hepatitis B und C, AIDS an (Betrifft insbesondere homo- und bisexuelle Männer, männliche und weibliche Prostituierte und Strafgefangene)                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erhielten Sie eine Transplantation mit einem Gewebe oder Organ tierischen Ursprungs  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Creutzfeldt-Jakob Anamnese in der Familie  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Creutzfeldt-Jakob Erkrankung sowie Transplantation von Dura mater (harter Hirnhaut) oder Cornea (Hornhaut)   |

### Erkrankungen, die eine individuelle Klärung erfordern

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bronchitis               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergien - welche _____ |

### Zusätzliche Informationen

Anzahl der Schwangerschaften \_\_\_\_\_ Blutgruppe (falls bekannt) \_\_\_\_\_  
Körpergröße \_\_\_\_\_ Körpergewicht \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich nicht an schweren und dauerhaften Erkrankungen gelitten habe bzw. leide und meines Wissens gesund bin.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift