



# Ärztlicher Fragebogen

## Wichtige Bemerkungen:

Dieser ärztliche 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. [exkl. Röntgenbilder]) sind bei Ihren Ärzten/Spitälern **anzufordern** und zum Orientierungstag mitzubringen. Ihre Auskünfte unterstehen **dem ärztlichen Geheimnis** und werden **vertraulich behandelt**.

Vom Stellungspflichtigen auszufüllen

		<b>Leer lassen!</b>
Familiäre Krankheiten: _____ _____ _____		
Besuchte Schulen: _____ _____		
Jetziger Beruf: Ihr Berufsziel: _____ Erlerner Beruf des Vaters: _____ Erlerner Beruf der Mutter: _____		
Sind Sie im Elternhaus aufgewachsen? <span style="float: right;">Nein Ja</span>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Wenn nein, wo? _____		
Ist Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Sind Sie arbeitslos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Trinken Sie regelmässig alkoholische Getränke?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche? _____		
Wieviel pro Tag? _____		
Rauchen Sie? (Zigaretten, Zigarren, Pfeife)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, wieviel pro Tag? _____		
Nehmen sie regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche? Wie oft? _____		
_____		
Konsumieren Sie Rauschgifte (Drogen) oder haben Sie solche früher konsumiert?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche? Wie oft? _____		
_____		
Sind Sie Linkshänder?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Sind von Ihnen Röntgen- oder Schirmbilder angefertigt worden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Mussten Sie im Anschluss an eine Röntgenaufnahme behandelt werden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, weshalb, wann und wo? _____ _____		

Zutreffendes ankreuzen!

<b>Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Gesundheitsstörungen:</b>		<b>Leer lassen!</b>
Nr.	Nein Ja	
1. Schwere Infektionskrankheiten (wiederholt Angina, Hirnhautentzündung, Gelbsucht, HIV)?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
2. Nervenkrankheiten (nervöse Störungen, Depression, Schlafwandel, Nervenzusammenbruch, Epilepsie, hartnäckiges Kopfweh, Schlaflosigkeit, Ohnmacht)? Waren Sie bei einem Psychiater in Behandlung? Wurden Sie durch Psychologen getestet?	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3. Augenleiden oder -verletzungen (Entzündungen, Abweichung von der normalen Sehschärfe, Nachtblindheit)? Sind Sie Brillenträger? (wenn ja, Brillenrezept zur Rekrutierung mitbringen). Sind Sie Kontaktlinsenträger? (wenn ja, Kontaktlinsen und Linsenpass zur Rekrutierung mitbringen).	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4. Ohrenkrankheiten (Ohrfluss, Schwerhörigkeit)?	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
5. Nasen- oder Halsleiden, schwere Gebissveränderungen, Entzündungen der Mandeln oder Halsdrüsen, Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
6. Blut- Haut- oder Drüsenkrankheiten, Tumoren, Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
7. Herzkrankheiten (erhöhter Blutdruck, Herzfehler, Herzklopfen), Krampfadern?	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	
8. Lungenkrankheiten (Tuberkulose, Brustfellentzündung, Asthma, chronische Bronchitis)?	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	
9. Magen-, Darm- oder Leberkrankheiten (Gelbsucht, Hämorrhoiden, Mastdarmpfistel, Blinddarm, Nabel-/Leistenbruch usw.)? Müssen Sie Diät halten?	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10. Nieren- oder Blasenkrankheiten, Blasenschwäche, Eiweiss im Urin, Nierensteine?	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	
11. Rheumatismus, Entzündungen der Gelenke, Knochenmarkentzündung, Rücken- oder Fussbeschwerden?	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	
12. Waren Sie das Opfer eines Unfalls (Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, schwere Verletzungen)?	<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	
13. Haben Sie sich jemals einer Operation oder anderen Spitalbehandlungen unterzogen?	<input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/>	
14. Ein oben nicht genanntes Leiden oder Gebrechen, z. B. Missbildung oder Verstümmelung eines Körperteils, Kropf, Lähmung, Muskelschwund?	<input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/>	

Falls Sie eine der Fragen(1-14) mit "Ja" beantworten, um <b>welche</b> Krankheit, Operation oder um <b>welchen</b> Unfall handelt es sich?	Wann? Dauer? Geheilt? Folgen? Behandelnder Arzt?
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, warum nicht? \_\_\_\_\_

**Falls Sie sich nicht fähig fühlen Militärdienst zu leisten oder falls Sie eine grössere Operation oder eine schwere Krankheit durchgemacht haben, wollen Sie auf eigene Kosten ein ausführliches ärztliches Zeugnis in verschlossenem Umschlag zum Orientierungstag mitbringen, damit Ihre Diensttauglichkeit beurteilt werden kann.**

Der Unterzeichnete 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_