

Medizinischer Fragebogen

Zutreffendes bitte ankreuzen !

	<i>JA</i>	<i>NEIN</i>
Haben Sie häufige Atemwegserkrankungen ?		
Haben Sie Asthma ?		
Leiden Sie unter Heuschnupfen ?		
Haben Sie häufige Ohrenentzündungen ?		
Haben Sie einen Trommelfellriß ?		
Hatten Sie eine Ohrenoperation ?		
Haben oder hatten Sie Herz-/Kreislaufferkrankungen ?		
Sind Sie anfällig für Schwindelattacken ?		
Leiden Sie unter der Seekrankheit ?		
Haben Sie Diabetes ?		
Leiden Sie unter Epilepsie oder sonstigen Anfällen ?		
Haben oder hatten Sie eine Schädel-/Hirnverletzung ?		
Leiden Sie an Migräne ?		
Sind Sie hochgradig kurzsichtig ?		
Haben Sie eine Augenkrankheit (grauer bzw. grüner Star etc.) ?		
Sind Sie schwanger ?		
Hatten Sie in letzter Zeit einen Unfall oder Operation ?		
Hatten Sie in letzter Zeit eine akute Erkrankung ?		
Leiden Sie unter Alkoholismus ?		
Sind Sie starker Raucher ?		
Nehmen Sie irgendwelche sonstigen Drogen ?		
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ?		

**Die vorstehenden Fragen dienen meiner Sicherheit.
Ich habe sie sorgfältig durchgelesen und wahrheitsgemäß beantwortet.
Ich bestätige dies mit meiner Unterschrift auf der Vorderseite.**