



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 Tauglichkeit betreffende **ärztliche Unterlagen** (Arztzeugnisse usw.) sind bei Ihren Ärzten/Spitälern anzufordern und zum Orientierungstag mitzubringen. Ihre Auskünfte sind **dem ärztlichen Geheimnis unterstellt** und werden vertraulich behandelt.

Vom Stellungspflichtigen auszufüllen

Familiäre Krankheiten: _____ _____ _____ _____	Leer lassen!
Besuchte Schulen: _____ _____	
Jetziger Beruf: Ihr Berufsziel: _____ _____	
Erlernter Beruf des Vaters: Erlernter Beruf der Mutter: _____ _____	
Nein Ja	
Sind Sie im Elternhaus aufgewachsen? <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? 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? 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!

Haben oder hatten Sie jemals einer der folgenden Gesundheitsstörungen: Nr.	Nein	Ja	Leer lassen!
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"/>	
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, Brillenrezept zur Rekrutierung mitbringen).	<input type="checkbox"/>	3 <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, Mastdarmfistel, Blinddarm, Nabel-/Leistenbruch usw.)? Müssen Sie Diät halten?	<input type="checkbox"/>	9 <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 welche Krankheit, Operation oder um welchen Unfall handelt es sich?	Wann? Dauer? Geheilt? Folgen? Behandelnder Arzt?		
Nr.			
Nr.			
Nr.			
Nr.			
Nr.			
Nr.			
Nr.			
Nr.			
Name, Adresse und Telefonnummer Ihres (Haus-) Arztes: _____			
Sind Sie bei guter Gesundheit?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Wenn nein, warum nicht? _____			
Fühlen Sie sich fähig, Militärdienst zu leisten?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
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 seinen Gesundheitszustand bei den Eltern, behandelnden Ärzten, Auskunft eingeholt werden kann. Telefonnummer der Eltern: _____			
Ort und Datum:	Unterschrift des Stellungspflichtigen:		
_____	_____		
Genauere Adresse und Postleitzahl: _____			
