



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**.

Ärztlicher Fragebogen von:

AHV-Nummer:
Name / Vorname:
Strasse / Nr.:
PLZ / Wohnort:

Vom Stellungspflichtigen auszufüllen

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

☒ Zutreffendes ankreuzen!

Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Gesundheitsstörungen:		Leer lassen!
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 welche Krankheit, Operation oder um welchen Unfall handelt es sich?	Wann? Dauer? Geheilt? Folgen? Behandelnder Arzt?
Nr. _____	
Nr. _____	
Nr. _____	
Nr. _____	
Nr. _____	
Nr. _____	
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: _____