



Fragebogen zum Arztattest für Gesundheitsfachpersonen (VERTRAULICH)

(verbleibt bei der/beim attestierenden Ärztin/Arzt in der Krankengeschichte!)

	Ja	Nein
1. Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre oder sind Sie derzeit in medizinischer Behandlung (Selbst- oder Fremdbehandlung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wurden Sie in den letzten Jahren in einem Spital behandelt oder ist ein Spitalaufenthalt vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Waren Sie in den letzten 5 Jahren während mehr als 4 Wochen arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sind Sie jemals von einer medizinischen Fachperson mit einem einschränkenden Attest belegt worden (z.B. von einem Verkehrsmediziner, Tauchmediziner, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie je einen Unfall/Unfälle mit bleibenden medizinischen Konsequenzen erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. Herzkrankheiten, Bluthochdruck, Embolien, Thrombosen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Lungenentzündung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des Verdauungsapparats (z.B. Speiseröhre, Magen, Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Leiden oder litten Sie an Stoffwechsel- und Blutkrankheiten (z. B. Diabetes, Anämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der Augen? (z.B. Netzhautablösung, eingeschränktes Gesichtsfeld, Visusverminderung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Leiden Sie an einem chronischen Infekt (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11a. Besteht ein erhöhtes Infektionsrisiko für chronische Infekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie sich je einem HIV-Test (AIDS) unterzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12a. Falls ja, war dieser jemals positiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Demenz, Lähmungssymptome, Epilepsie, Schwindelanfälle)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Waren Sie oder befinden Sie sich aufgrund eines Suchtmittelkonsums (Alkohol, Drogen, Medikamente) in medizinischer Betreuung oder Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Haben Sie jemals eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung benötigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15a. Wenn ja, ist diese abgeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nehmen Sie derzeit irgendwelche Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16a. Falls ja, welche? _____ _____		

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geb.Dat.: _____

Adresse: _____

Wohnort: _____

Unterschrift: _____