

Flughafen Zürich AG
 Human Resources
 Postfach
 CH-8058 Zürich-Flughafen

MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

vertraulich

Bitte den Fragebogen persönlich und gut leserlich ausfüllen. Achten Sie bitte darauf, dass Sie alle Fragen beantworten.

Name: _____ Vornamen: _____

Geburtsdatum: _____

**1. Litten oder leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?
 Bitte Zutreffendes ankreuzen. Falls Sie «JA» ankreuzen, bitte unten ausführlich erläutern.**

Krankheit	Nein	Ja*
1. Augenerkrankungen, Augenoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tragen Sie jemals oder tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lungen- oder Brustfellerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Häufige Erkältungen, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Herz- oder Kreislaufstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hoher oder tiefer Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Häufige oder schwere Kopfschmerzen, Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ohrenerkrankungen, Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Psychische Leiden (Depressionen, Essstörungen, Suchtkrankheiten, Psychosen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Erkrankungen des Magen-Darmtraktes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Leber-, Nieren- oder Gallenwegserkrankungen (z.B. Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Erkrankungen des Immunsystems (z.B. AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenerkrankung, andere Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Einschränkungen des Bewegungsapparates, Rücken- oder Gelenksbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sonstige Erkrankungen oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Nähere Angaben zur Art, Dauer und zum Zeitpunkt der oben angegebenen Beschwerden:

2. Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

Waren Sie jemals in einem Spital oder in einer psychiatrischen Klinik in Behandlung? (Wenn ja, wann, wo und warum?)

Erlitten Sie je einen schweren Unfall? (Wenn ja, wann und welche Art von Verletzung?)

Wurden Sie je operiert oder wurde Ihnen eine Operation vorgeschlagen? (Wenn ja, welche und wann?)

Wie viele Tage waren Sie wegen Krankheit oder Unfall während der letzten 12 Monate arbeitsunfähig?

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung (Wenn ja, warum und bei wem?)

Wie viel und welche Art von Alkohol trinken Sie pro Woche?

Nahmen oder nehmen Sie Drogen (Haschisch, Heroin, Kokain, Ecstasy, andere)? (Wenn ja, welche, wie oft und wann?)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig oder häufig?

Wie ist Ihr gegenwärtiger Gesundheitszustand nach Ihrer eigenen Auffassung? (Mit kurzer Beschreibung im Fall von Beschwerden)

Sind Sie militärdiensttauglich? (Falls untauglich, warum und seit wann?)

Ich bestätige, dass meine Antworten wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Ort und Datum

.....

Unterschrift

.....