

## GESUNDHEITSSBOGEN

### Angaben über den persönlichen Gesundheitszustand

#### Einleitung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und wahrheitsgetreu aus.  
Fehlende oder falsche Angaben über bekannte, vorbestehende, schwerwiegende gesundheitliche Störungen hätten die Nichtzulassung zur Ausbildung oder allenfalls den Schulausschluss zur Folge.

#### Angaben

Name / Vorname(n):

Geburtstag:

Geschlecht:

### 1. Welche Infektions- bzw. Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht oder sind dagegen geimpft?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

	Krankheit	Impfung
Masern		
Röteln		
Mumps		
Kinderlähmung		
Windpocken		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Hepatitis C		—
Keuchhusten		
Diphtherie		
Tuberkulose		

### 2. Leiden Sie unter gesundheitlichen (körperlichen oder psychischen) Einschränkungen, die Ihre Leistungsbereitschaft, Einsatzfähigkeit und/oder Konzentrationsfähigkeit bei der Arbeit/Ausbildung beeinträchtigen könnten? (z. B. Rückenleiden, Depression, ADHS, Diabetes mellitus oder anderes)

Nein  Ja

Wenn ja, welche?

**3. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?**

Nein  Ja

Wenn ja, warum?

**4. Waren oder sind Sie in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung oder Betreuung?**

Nein  Ja

Wenn ja, wann und warum?

**5. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein, die einen Einfluss auf Ihre Ausbildung / Arbeit haben könnten?**

Nein  Ja

Wenn ja, welche?

**6. Konsumieren Sie Substanzen / Suchtmittel / Drogen wie z. B. Marihuana, Medikamente, Alkohol oder anderes?**

Nein  Ja

Wenn ja, welche?

**7. Haben Sie bekannte Allergien (Überempfindlichkeiten) auf Stoffe, welche im Arbeitsumfeld in der Rehaklinik vorhanden sind?**

Nein  Ja

Wenn ja, welche?

**8. Lässt Ihre heutige, gesundheitliche Situation eine Berufslehre im Gesundheitswesen zu?**

Nein  Ja

Wenn nein, warum?

**9. Fühlen Sie sich zum heutigen Zeitpunkt völlig gesund?**

Nein  Ja

Wenn nein, warum?

**Eigene Anmerkungen:**

Ihre Angaben werden stets vertraulich behandelt und unter Schweigepflicht gehalten.

Ich bestätige, dass die vorliegenden Angaben wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Ort, Datum:

Unterschrift Bewerber/in:

Bei Minderjährigen, Unterschrift der Eltern oder  
der erziehungsberechtigten Personen:

**Bitte legen Sie den ausgefüllten Gesundheitsbogen Ihrer Bewerbung bei.**

Bei Fragen wenden Sie sich vertrauensvoll an die Auskunftspersonen des betreffenden Ausbildungsstandortes.

Sonja Fischbacher, Bildungsverantwortliche Ressort FaGe  
071 424 30 82, [s.fischbacher@rehaklinik-zihlschlacht.ch](mailto:s.fischbacher@rehaklinik-zihlschlacht.ch)