**Gesundheitserklärung**

Alle Angaben dieses Formulars werden vertraulich behandelt.

Name und Nachname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Strasse, PLZ und Ort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

A) Leiden Sie an Allergien? Ja ⬜ Nein [ ]

Falls ja, geben Sie an, um welche Allergien es sich handelt und welche ärztliche Behandlung erforderlich ist: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

B) Folgen Sie einer besonderen Diät? Ja [ ]  Nein [ ]

Falls ja, welche: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

C) Leiden Sie gerade an Gesundheitsproblemen oder den Folgen eines Unfalls?

Ja [ ]  Nein [ ]

 Falls ja, welche: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

D) Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Ja [ ]  Nein[ ]

Falls ja, machen Sie genauere Angaben und reichen Sie uns bitte ein ärztliches Attest zum Nachweis Ihrer Angaben ein: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

E) Ist in nächster Zeit eine Operation, ein Krankenhausaufenthalt oder eine Kur vorgesehen?

Ja [ ]  Nein [ ]

F) Sind Sie oder waren Sie abhängig von Alkohol oder anderen Suchtmitteln (Drogen, Medikamenten)? Ja [ ]  Nein [ ]

G) Rauchen Sie? Ja[ ]  Nein [ ]

H) Andere Angaben zum Gesundheitszustand falls relevant:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Datum: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Unterschrift: