**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: