

Fragebogen zur persönlichen Beratung und Begutachtung

Name:

Vorname:

Alter:

Größe:

Gewicht:

Welchen Schulabschluss haben Sie?

Welchen Beruf haben Sie mit Abschluss erlernt?

Welche Arbeiten / welchen Beruf möchten Sie in Zukunft ausüben?

Vollzeit

Teilzeit

Hatten Sie früher Operationen?

Welche und wann?

Hatten Sie Knochenbrüche?

Welche und wann?

Haben Sie chronische Krankheiten?

Welche seit wann?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Welche ernsten Erkrankungen gibt es bei Ihren Eltern und Geschwistern?

Rauchen Sie? (Wieviel?)

Trinken Sie Alkohol? (Was, wieviel?)

Nehmen Sie Drogen? (Welche?)

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name und Adresse)

Haben Sie eine Schwerbehinderung?

Grad: