

Angaben über meinen Gesundheitszustand

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Aktenzeichen:

Ich habe folgende körperliche und/oder geistige Beeinträchtigung/
Krankheit

Ich habe **keine** körperliche und/oder geistige Beeinträchtigung/
Krankheit

(z.B. Schwerhörigkeit, Bewegungsbehinderungen, Herz- und/oder Gefäßkrankheiten, Zuckerkrankheit, Krankheiten des Nervensystems, psychische Störungen, Nierenerkrankungen, Schlafstörungen, schwere Lungen- und Bronchialerkrankungen)

(bitte hier die Art der körperlichen und/oder geistigen Beeinträchtigung / Krankheit angeben)

<input type="checkbox"/> Ich bin	<input type="checkbox"/> drogenabhängig	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Ich war	<input type="checkbox"/> medikamentenabhängig	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> alkoholabhängig	<input type="checkbox"/> nein

Wenn ja, welche Droge/welches Medikament wurde konsumiert: _____

Ich habe mich einer Entziehungskur/Entwöhnungsbehandlung unterzogen:
(Hiermit ist kein Abstinenzkontrollprogramm gemeint)

ja, von _____ bis _____

nein

Konsument von Betäubungsmitteln ja nein

- in der Vergangenheit (von: _____ bis: _____)

- gegenwärtig (seit wann: _____)

Wenn ja, welches Betäubungsmittel wird/wurde konsumiert: _____

Mir ist bekannt, dass ich zur Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht verpflichtet bin. Bei späterem Bekanntwerden von Eignungsmängeln ist mir bewusst, dass ich mit weiteren Maßnahmen (z.B. Anordnung von fachärztlichen Begutachtungen), die zusätzliche Kosten nach sich ziehen können, rechnen muss. Weiterhin versichere ich durch meine Unterschrift die Richtigkeit vorstehender Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift