

Formular Medizinische Selbstauskunft.docx

Bitte füllen Sie diesen Bogen nach bestem Wissen aus. Sie helfen uns damit die Besichtigung, insbesondere den Aufstieg in den Turm und die Gondel, besser zu planen und Risiken im Vorfeld so gering wie möglich zu halten. Wir versichern Ihnen, die Daten nicht an Dritte weiterzugeben und diese im Personalbüro unter Verschluss zu halten.

Name, Vorname:

Herzbeschwerden
(z. B.: Herzrhythmusstörung , Atemnot) O ja O nein

Epilepsie O ja O nein

Lungenerkrankungen / Asthma O ja O nein

Zuckerkrankheit / Diabetes O ja O nein

Schäden am Bewegungsapparat
(z. B.: Kniebeschwerden , Arthrose, Bandscheibenschäden) O ja O nein

Beschreibung :

Allergien O ja O nein
(z. B.: gegen Medikamente, Insektenstiche, etc.)

Beschreibung :

Psychische Beeinträchtigungen O ja O nein

Operationen O ja O nein
(in den letzten 6 Monaten)

Beschreibung :

Schwangerschaft O ja O nein

Infektionskrankheiten O ja O nein

Sonstiges:

(Ort, Datum)

(Name in Druckbuchstaben / Unterschrift)