

Fragen zur Gesundheit Datum

PERSONALIEN		
1. Name:	2. Geburtsdatum:	3. Geburtsland: 4. Geburtsort:
5. Anschrift in Finnland:		6. Telefon:
7. Versichert: Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		8. Versicherer:
9. Nächster Verwandter/Kontaktperson:		10. Telefon:
11. Lehranstalt/Studienzweig/Hauptfach:		12. Studienbeginn: 13. Geplanter Abschluss:

GESUNDHEIT			
14. Gesundheitszustand:	Gut <input type="checkbox"/>	Mittelmäßig <input type="checkbox"/>	Schlecht <input type="checkbox"/>
15. Leiden Sie an chronischen Krankheiten?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Bitte definieren:
16. Leiden Sie an einer Leberkrankheit, z.B. Hepatitis?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Bitte definieren:
17. Sind Sie mit HIV infiziert?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
18. Rauchen Sie oder benutzen Sie Tabakprodukte?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Bitte den Konsum erläutern:
19. Trinken Sie Alkohol oder nehmen Sie Rauschgifte?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Bitte den Konsum erläutern:
20. Sind Sie operiert oder im Krankenhaus behandelt worden?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Bitte erläutern:
21. Sind Sie allergisch gegen Medikamente?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Bitte definieren:
22. Haben Sie an Tuberkulose gelitten?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wann?
23. Wurde Ihre Tuberkulose mit Medikamenten behandelt?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Wann? Mit welchen Medikamenten?
24. Hat jemand unter Ihren Nächsten (im selben Haushalt) an Tuberkulose gelitten?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Leiden bzw. haben Sie an folgenden Symptomen gelitten: Wenn ja, bitte definieren (z.B. wann die Symptome vorkamen, leiden Sie jetzt an ihnen, wurden Ursachen gefunden):			
25. Wochenlang andauernder Husten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
26. Schleimiger Husten bzw. Bluthusten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
27. Ungewollter Gewichtsverlust	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
28. Nächtliches Schwitzen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
29. Lang anhaltendes Fieber	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
30. Lymphknoten (Hals, Achsel, Leiste): Schwellung, Schmerz bzw. Absonderung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	

MEDIKAMENTE, IMPFUNGEN		
31. Nehmen Sie rezeptpflichtige Medikamente ein? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Bitte definieren:		
Wurden Sie gegen folgende Krankheiten geimpft:		
32. Kinderlähmung (Polio) Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wann?	33. Tetanus/Diphtherie Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wann?	34. Masern/Mumps/Röteln Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Wann?
35. Haben Sie Masern gehabt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
36. Haben Sie Mumps gehabt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
37. Haben Sie Röteln gehabt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	