

**MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN  
QUESTIONNAIRE MEDICAL  
QUESTIONARIO MEDICO  
MEDICAL QUESTIONNAIRE**

Bitte den Fragebogen persönlich und gut leserlich ausfüllen. Achten Sie bitte darauf, dass Sie alle Fragen beantworten.

Prière de remplir ce questionnaire de manière lisible. Veuillez répondre à toutes les questions.

Si prega di compilare il questionario con scrittura chiara e leggibile e di rispondere a tutte le domande.

Please complete this questionnaire legibly and in person, and please be sure to answer all the questions.

Familienname	Vorname
Nom de famille	Prénom
Cognome	Nome
Last name	First name

---

Geburtsdatum	Zivilstand
Date de naissance	Etat civil
Data di nascita	Stato civile
Date of birth	Marital status

---

Nationalität  
Nationalité  
Nazionalità  
Nationality

---

Adresse/Adresse/ Indirizzo/Address

Strasse	Nr.
Rue	No
Via	N. civico
Street	No.

---

PLZ	Ort	Land
NPA	Lieu	Pays
NPA	Luogo	Paese
Postal Code	Town/city	Country

---

Telefonnummer/No. de téléphone/ N. di telefono/Phone number

Privat	Mobile	Geschäft
Privé	Mobile	Professionne
Privato	Cellulare	Professionale
Home	Mobile	Work

---

-Litten sie jemals oder leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? Bitte zutreffendes ankreuzen.

-Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous actuellement de l'une des maladies suivantes?

Veillez cocher la case correspondante.

-Ha già sofferto o soffre attualmente delle malattie elencate qui di seguito? Voglia contrassegnare con una crocetta le caselle corrispondenti.

-Have you ever suffered (or are you currently suffering) from any of the following? Please tick as appropriate.

Krankheit	Nein	Ja
Maladie	Non	Oui
Malattia	No	Sì
Illness	No	Yes

Augenerkrankungen, Augenoperation Maladie des yeux, opération des yeux Malattia degli occhi, intervento agli occhi Eye disorders or operations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie jemals oder tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen Avez-vous déjà porté ou portez-vous des lunettes ou des verres de contact Ha già portato o porta occhiali o lenti a contatto Do you wear (or have you ever worn) glasses or contact lenses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungen-oder Brustfellerkrankungen Maladies des poumons ou de la plèvre Malattie polmonari o della pleura Pulmonary or pleural illnesses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma Asthme Asma Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Erkältungen, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen Fréquents refroidissements, sinusites Raffreddori frequenti, sinusiti Frequent colds or sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-oder Kreislaufstörungen Troubles cardiaques ou de la circulation Disturbi cardiaci o circolatori Cardiac or circulatory disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher/Tiefer Blutdruck Hypertension/Hypotension artérielle Ipertensione/ipotensione arteriosa High/low blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel-oder Ohnmachtsanfälle Vertiges ou évanouissements Vertigini o svenimenti Dizziness or fainting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige oder schwere Kopfschmerzen, Migräne Maux de tête intenses ou fréquents, migraines Mal di testa intensi o frequenti, emicranie Frequent or severe headaches or migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie Epilepsie Epilessia Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrenerkrankungen, Schwerhörigkeit Maladie des oreilles, troubles de l'ouïe Malattie dell'orecchio, disturbi dell'udito Ear disorders or deafness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychische Leiden (Depressionen, Essstörungen, Suchtkrankheiten, Psychosen, etc.) Troubles psychiques (dépressions, troubles alimentaires, toxicomanies, psychoses etc) Disturbi psichici (depressioni, disturbi alimentari, tossicomanie, psicosi ecc.) Psychological conditions (depression, eating disorders, addictions, psychoses etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Magen-Darmtraktes Maladies de l'appareil digestif Malattie dell'apparato digestivo Disorders of the digestive tract	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber-, Nieren- oder Gallenwegserkrankungen (z.B. Gelbsucht) Maladies du foie, des reins ou des voies biliaires (p.ex. jaunisse) Malattie del fegato, dei reni o delle vie biliari (ad es. itterizia) Liver, kidney or bile duct disorders (such as jaundice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten, Allergien, Geschlechtskrankheiten Maladies de la peau, allergies, maladies sexuellement transmissibles Malattie della pelle, malattie sessualmente trasmissibili Skin complaints, allergies or sexually transmitted diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Immunsystems (z.B. AIDS) Maladies du système immunitaire (p.ex. SIDA) Malattie del sistema immunitario (ad es. AIDS) Immune system disorders (such as AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit, Schilddrüsenerkrankung, andere Stoffwechselerkrankungen Diabète, maladie de la gland thyroïde, autres troubles du métabolisme Diabete, malattia della tiroide, altri disturbi del metabolismo Diabetes, thyroid disorders or other metabolic disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkungen des Bewegungsapparates, Rücken- oder Gelenksbeschwerden Restrictions de l'appareil locomoteur, douleurs dorsales ou articulaires Limitazioni funzionali dell'apparato locomotore, dolori dorsali o articolari Musculo-skeletal disorders or back or joint pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen oder Verletzungen Autres maladies ou blessures Altre malattie o ferite Other illnesses, disorders or injuries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nähere Angaben zur Art, Dauer und zum Zeitpunkt der oben angegebenen Beschwerden  
Précisions concernant la nature, la durée et la manifestation des troubles mentionnés ci-dessus  
Precisazioni in merito alla natura, la durata e la manifestazione dei disturbi summenzionati  
Further details of the nature, duration and time of incurrence of any disorders indicated above

---



---



---

Waren Sie jemals in einem Spital oder in einer psychiatrischen Klinik in Behandlung ? (Wenn ja, wann, wo und warum)  
Avez-vous déjà séjourné dans un hôpital ou dans une clinique psychiatrique? ( Si oui, quand, où et pourquoi)  
Ha già subito ricoveri in ospedale o in cliniche psichiatriche? (Se sì, indicare quando, dove e perché)  
Have you ever been admitted to a hospital or a psychiatric clinic? (If so, when, where and why?)

---

Erlitten Sie je einen schweren Unfall? (Wenn ja, wann und welche Art von Verletzung?)  
Avez-vous déjà eu un accident grave? (Si oui, quand et avec quel type de blessure?)  
Ha già avuto un incidente grave? (Se sì, indicare quando e il tipo di ferite riportate)  
Have you ever had a serious accident? (If so, when and with what type of injuries?)

---

Wurden Sie je operiert oder wurde Ihnen eine Operation vorgeschlagen? (Wenn ja, welche und wann?)  
Avez-vous déjà subi une opération ou une opération vous a-t-elle été proposée? (si oui, laquelle et quand?)  
Ha già subito o le è già stato proposto un intervento chirurgico? (Se sì, indicare quale e quando)  
Have you ever had (or been advised to have) an operation? (If so, what and when?)

---

Wie viele Tage waren Sie wegen Krankheit oder Unfall während der letzten 12 Monate arbeitsunfähig?  
Combien de jours avez-vous manqué votre travail pour cause de maladie ou d'accident durant les 12 derniers mois?  
Negli ultimi 12 mesi quanti giorni di assenza ha fatto per malattia o infortunio?  
How many days have you been absent from work owing to illness or accident in the last 12 months?

---

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung (Wenn ja, warum und bei wem?)  
Êtes-vous actuellement en traitement médical? (Si oui, pourquoi et chez quel médecin?)  
Sta seguendo un trattamento medico? (Se sì, indicare perché e il medico curante)  
Are you currently undergoing medical treatment? (If so, for what and with whom?)

---

Wie viel und welche Art von Alkohol trinken Sie?  
Quelle quantité et quelle sorte d'alcool consommez-vous?  
Che tipo di alcolici consuma e in che quantità?  
What alcohol do you drink, and how much?

---

Nahmen oder nehmen Sie Drogen (Haschisch, Heroin, Kokain, Ecstasy, andere)?  
Avez-vous consommé ou consommez-vous des stupéfiants (haschisch, héroïne, cocaïne, ecstasy, autres)?  
Ha già consumato o consuma sostanze stupefacenti (hascisc, eroina, cocaina, ecstasy, altre)?  
Do you take or have you ever taken drugs (hashish, heroin, cocaine, Ecstasy or others)?

---

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig oder häufig?  
Quels médicaments prenez-vous régulièrement ou fréquemment?  
Che farmaci assume regolarmente o di frequente?  
What medication do you take regularly or frequently?

---

Gegenwärtiger Gesundheitszustand nach Ihrer eigenen Auffassung? (mit kurzer Beschreibung im Fall von Beschwerden)

Selon vous, quel est votre état de santé actuel? ( Donnez une brève description des vos maux s'il y a lieu)

Come giudica il suo attuale stato di salute? (Descrivere brevemente gli eventuali disturbi)

How would you describe your present state of health (with a brief description of any current complaints)?

---

Medizinisch bedingte Abweisung oder Entlassung vom Militär

Renvoi ou exclusion pour raisons médicales de l'armée

Dispensa o esclusione dal servizio militare per ragioni mediche

Rejection or dismissal from military service for medical reasons

---

Ich bestätige, dass meine Antworten wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Je certifie que mes réponses sont exactes et complètes.

Con la mia firma confermo di aver fornito risposte veritiere e complete.

I hereby confirm that the above answers are true and complete.

Ort und Datum

Lieu et date

Luogo e data

Place and date

Unterschrift

Signature

Firma

Signature