

Gesundheitsbericht - Bibelschule Kirchberg e.V.

Persönliche Daten

Name:	Geburtsdatum:
-------	---------------

1 Allgemeine Konstitution

Leidest Du an:	Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
	Herz-Kreislaufstörungen?	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
	Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
	Erkrankung der Wirbelsäule?	<input type="checkbox"/> Selten	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> Häufig
Liegen bei Dir ansteckende oder chronische Krankheiten vor? Wenn ja, welche?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegen bei Dir psychische Krankheiten vor? Wenn ja, welche?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestehen oder bestanden bei Dir Abhängigkeiten (Alkohol, Drogen, Essstörungen)? Wenn ja, welche?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegen Allergien o. Nahrungsmittelunverträglichkeiten vor? Wenn ja, welche?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie schätzt du deine körperliche und psychische Belastbarkeit ein?				
Liegen Einschränkungen im Sehen, Hören oder der Motorik vor? Wenn ja, welche?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

2. Bemerkungen und Ergänzungen

Ort, Datum

Unterschrift