

Name: _____

Datum: _____

Fragen zur Gesundheit

1) Warst du schon einmal im Spital?

ja nein

2) Warst du als Kind oft krank?

ja nein

3) Hast du schon einmal eine Operation gehabt?

ja nein

4) Hast du Angst vor der Zahnärztin?

ja nein

5) Hast du Angst vor Spritzen?

ja nein

6) Hast du dir schon einmal etwas gebrochen?

ja nein

Name: _____

Datum: _____

Fragen zur Gesundheit

7) Hast du oft Kopfschmerzen?

ja nein

8) Führest du ein gesundes Leben (keine Zigaretten, kein Alkohol ...)?

ja nein

9) Hast du schon oft große Schmerzen gehabt?

ja nein

10) Warst du schon einmal beim Arzt?

ja nein

11) Bist du krankenversichert?

ja nein

12) Nimmst du zurzeit Medikamente?

ja nein

Name: _____

Datum: _____

Fragen zur Gesundheit

13) Gehst du einmal im Jahr zur Gesundheitskontrolle?

ja nein

14) Hast du schon einmal ein Röntgenbild machen lassen?

ja nein

15) Hast du dich schon einmal beim Sport verletzt?

ja nein

16) Hast du schon einmal einen Auto-Unfall gehabt?

ja nein

17) Bist du schon einmal mit der Rettung gefahren?

ja nein

18) Kennst du ein Krankenhaus?

ja nein

19) Kennst du die Telefonnummer der Rettung?

ja nein