

Name:	Vorname:	
Haben oder hatten Sie:	JA	NEIN
häufig Kopfschmerzen	☐	☐
Zahnprobleme (auch Prothesen)	☐	☐
Schwindel oder Gleichgewichtsstörungen	☐	☐
Augenerkrankung (grauer oder grüner Star, Farbschwäche, Nachtblindheit etc.)	☐	☐
Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen	☐	☐
Ohrenerkrankung (Trommelfellriss, Schwerhörigkeit, Hörgerät etc.)	☐	☐
Lungenentzündung oder Rippenfellentzündung, chron. Bronchitis	☐	☐
Heuschnupfen oder allergisches Asthma	☐	☐
Atemnot bei geringer Belastung (z.B. nach einer Etage Treppensteigen)	☐	☐
nächtliche Atempausen/ sogenanntes Schlap-Apnoe-Syndrom	☐	☐
Brustschmerz oder Brustenge bei körperlicher Belastung	☐	☐
Herzrhythmusstörungen oder sonstige Herz-/Kreislaufbeschwerden	☐	☐
Herzinfarkt oder Herzmuskelentzündung	☐	☐
zu hohen Blutdruck	☐	☐
zu niedrigen Blutdruck	☐	☐
Durchblutungsstörungen, z.B. sogenannte Schaufensterkrankheit (=pAVK)	☐	☐
Magen- oder Darmerkrankung	☐	☐
deutliche Gewichtszunahme bzw. -abnahme	☐	☐
Leberkrankheit	☐	☐
Nieren- oder Harnwegserkrankung	☐	☐
Zuckerkrankheit	☐	☐
Schilddrüsen-Erkrankung	☐	☐
Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule	☐	☐
Gelenk- oder Gliederschmerzen, Rheuma, Gelenkersatz	☐	☐
Hauterkrankungen	☐	☐
Allergien	☐	☐
Krampfanfälle (Epilepsie) oder sonstige Bewusstseinsstörungen/Bewusstlosigkeit	☐	☐
Schlaganfall, Lähmung oder sonstige neurologische Erkrankung	☐	☐
Depressionen oder sonstige psychiatrische/psychosomatische Erkrankungen	☐	☐
Krankenhausaufenthalte	☐	☐
Operationen, Unfall mit bleibendem Schaden	☐	☐
zur Zeit in ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung	☐	☐
aktuelle gesundheitliche Probleme oder Beschwerden	☐	☐
anerkannte Schwerbehinderung	☐	☐
nur für weibliche Seglerinnen: Besteht eine Schwangerschaft:	☐	☐
regelmäßige Einnahme von Medikamenten? nein: ☐ , wenn ja, welche:		
Trinken Sie Alkohol: nein: ☐ selten: ☐ gelegentlich: ☐ täglich: ☐		
Rauchen Sie: ☐ nein ☐ nicht mehr ☐ ja, wie viel täglich:		
Treiben Sie regelmäßig Sport? nein: ☐ , wenn ja, was:		wie
oft/Woche:		
Nehmen Sie Drogen (Cannabis, Ecstasy, LSD, Kokain etc.)?		☐ ☐