



Selbstdeklaration Gesundheitszustand

Bewerbung als Polizeianwärterin / Polizeianwärter

Ich bin damit einverstanden und ermächtige die Kantonspolizei Obwalden bei Ärzten, Kliniken und Spitälern, bei denen ich derzeit in Behandlung stehe bzw. stand, medizinische Auskünfte einzuholen sowie die entsprechenden Akten über mich anzufordern. Ich entbinde die Ärzte, Kliniken und Spitäler von der ärztlichen Geheimhaltung und beauftrage sie, die gewünschten Auskünfte zu erteilen und die entsprechenden Akten herauszugeben.

Ort, Datum

Unterschrift bzw. digitale Signatur

Vorname

Name

Geburtsdatum

PLZ/Ort, Adresse

Körpermasse

Körpergrösse cm

Gewicht kg

Sind Sie gegenwärtig in ärztlicher Behandlung?

Nein

Ja, Grund:

Waren Sie in den letzten fünf Jahren in ärztlicher oder psychiatrischer Behandlung?

Nein

Ja, Grund:

Wann:

Dauer:

Arzt/Spital:

Folgen:

Bestehen Krankheiten oder Unfallfolgen, welche Ihre Arbeitsfähigkeit einschränken?

Nein

Ja, Art:

Seit:

Dauer:

Arzt/Spital:

Folgen:

Erlitten Sie in den letzten fünf Jahren einen Unfall?

Nein

Ja, Art:

Seit:

Dauer:

Arzt/Spital:

Folgen:

Waren Sie in den letzten fünf Jahren länger als zwei Wochen Arbeitsunfähig (ganz oder teilweise)?

Nein

Ja, Grund:

Wann:

Dauer:

Arzt/Spital:

Folgen:

Wurden Sie jemals operiert oder eine solche empfohlen, welche jedoch nicht durchgeführt wurde?

Nein

Ja, Grund:

Wann:

Arzt/Spital:

Besteht eine Verminderung des Sehvermögens?

Nein

Ja, Welche:

Tragen Sie Kontaktlinsen oder eine Brille?

Nein

Ja

Besteht eine Verminderung des Hörvermögens?

Nein

Ja, Welche:

Sind Sie schwindelfrei?

Nein

Ja

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

Nein

Ja, Welche:

Hatten Sie jemals Suchtprobleme oder habe Sie Drogen konsumiert?

Nein

Ja, Welche:

Rauchen Sie?

Nein

Ja, Seit:

Menge pro Tag:

Liegen in Ihrer Familie oder in der nahen Verwandtschaft Herz-, Lungen-, Stoffwechselkrankheiten oder Epilepsie usw. vor?

Nein

Ja, Welche:

Hatten Sie jemals Herzrhythmusstörungen oder Brustschmerzen bei körperlicher Betätigung?

Nein

Ja, Welche:

Haben Sie am Bewegungsapparat Probleme, welche sich bei körperlicher Aktivität verschlechtern (könnten)?

Nein

Ja, Welche:

Hatten oder haben Sie manchmal übertriebene Angstzustände (z.B. Angst vor Tieren wie Hunde oder Spinnen usw., Höhenangst, Platzangst, Angst vor tiefem Wasser oder Blut usw.)?

Nein

Ja, Welche:

Halten Sie sich derzeit vollständig gesund und voll leistungsfähig?

Nein, weil:

Ja

Ihre letzte ärztliche Konsultation:

Datum:

Grund:

Arzt/Spital:

Hausarzt bzw. Arzt, welcher am besten über Ihre Gesundheit Bescheid weiss:

Name, Vorname:

PLZ/Ort, Adresse:

Bemerkungen

Ich bestätige, dass ich die Angaben gewissenhaft und wahrheitsgetreu ausgefüllt habe:

Ort, Datum

Unterschrift bzw. digitale Signatur