Kanton
Obwalden

Sicherheits- und Sozialdepartement SSD
Kantonspolizei KAPO

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.

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 haben 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**