

Gesundheitsfragebogen Bewerber / Angehörige

Liebe Bewerberin, lieber Bewerber

Die Abklärung der Belastungsfähigkeit für einen Einsatz in einer anderen Kultur ist uns ein wichtiges Anliegen. Die folgenden Fragen sind entstanden aus vielfältigen Erfahrungen auf dem Missionsfeld und sollen uns helfen, Sie möglichst gut zu unterstützen und in der richtigen Aufgabe sowie im richtigen Umfeld einzusetzen.

Bitte nehmen Sie sich Zeit, diesen Fragebogen so genau wie möglich auszufüllen. Sie ebnen dadurch den Weg zu einer effektiven Beratung für Ihren Einsatz. Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten absoluter Vertraulichkeit.

Name,
Vorname Geburtsdatum

Adresse

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon Mobil

Allgemeine Angaben:

Familienstand ledig verheiratet befreundet, verlobt getrennt geschieden verwitwet

Seit wann sind Sie verheiratet?

Ist dies Ihre erste Ehe? ja nein

Gesundheitsfragen

(Benützen Sie bei Bedarf ein
zusätzliches Blatt)

- | | |
|--|---|
| 1. Gibt es Einschränkungen Ihrer Gesundheit? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Benötigen Sie regelmäßige ärztliche Betreuung oder Medikamente? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Sehen Sie bei sich bestimmte gesundheitliche oder emotionale Grenzen, die bei der Wahl des Einsatzgebietes relevant sein können? Welche? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Sehen Sie bei Ihrer Partnerin / Ihrem Partner oder bei Ihren Kindern gesundheitliche oder emotionale Grenzen, die bei der Wahl des Einsatzgebietes relevant sein könnten? | |
| 5. Gibt es noch weitere Einschränkungen von denen die Aufnahmegremien Kenntnis erhalten sollten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Gibt es in Ihrer engeren oder weiteren Familie Menschen, die an Depressionen oder anderen psychischen Problemen leiden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Haben Sie regelmässig Schlafstörungen und / oder wiederkehrende Alpträume? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Hatten Sie je Probleme mit Ihrem Essverhalten (Anorexie, Ess-Brechsucht)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Sind sie bei einem Psychologen oder Psychotherapeuten in Behandlung gewesen? Wenn ja, wann und was waren die Umstände? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Leiden Sie manchmal unter starken Ängsten, die Ihre Lebensqualität einschränken? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Waren sie in den letzten Jahren wegen einer schwerwiegenden oder chronischen Erkrankung arbeitsunfähig oder mussten deshalb dem Studium fern bleiben? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Haben Sie je Drogen genommen? Wenn ja, welche, wann, und wieviel? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Haben Sie je ein Problem mit übermäßigem Internetkonsum? Was tun Sie dagegen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 14. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 15. Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Wenn Sie innerhalb der letzten fünf Jahren in ärztlicher / psychologischer Therapie waren, bitten wir Sie um eine Entbindung von der Schweigepflicht, damit unser Vertrauensarzt mit Ihrem Arzt / Therapeuten die Eignung für einen Einsatz in einer andern Kultur abklären kann.