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?	☐ ja ☐ nein
2. Benötigen Sie regelmäßige ärztliche Betreuung oder Medikamente?	☐ ja ☐ nein
3. Sehen Sie bei sich bestimmte gesundheitliche oder emotionale Grenzen, die bei der Wahl des Einsatzgebietes relevant sein können? Welche?	☐ ja ☐ 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?	☐ ja ☐ nein
6. Gibt es in Ihrer engeren oder weiteren Familie Menschen, die an Depressionen oder anderen psychischen Problemen leiden?	☐ ja ☐ nein
7. Haben Sie regelmässig Schlafstörungen und / oder wiederkehrende Alpträume?	☐ ja ☐ nein
8. Hatten Sie je Probleme mit Ihrem Essverhalten (Anorexie, Ess-Brechsucht)?	☐ ja ☐ nein
9. Sind sie bei einem Psychologen oder Psychotherapeuten in Behandlung gewesen? Wenn ja, wann und was waren die Umstände?	☐ ja ☐ nein
10. Leiden Sie manchmal unter starken Ängsten, die Ihre Lebensqualität einschränken?	☐ ja ☐ nein
11. Waren sie in den letzten Jahren wegen einer schwerwiegenden oder chronischen Erkrankung arbeitsunfähig oder mussten deshalb dem Studium fernbleiben?	☐ ja ☐ nein
12. Haben Sie je Drogen genommen? Wenn ja, welche, wann, und wieviel?	☐ ja ☐ nein
13. Haben Sie je ein Problem mit übermässigem Internetkonsum? Was tun Sie dagegen?	☐ ja ☐ nein
14. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?	☐ ja ☐ nein
15. Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel?	☐ ja ☐ nein
16. Wie steht es mit Ihrem Medienverhalten? Umgang mit Internet, Games, Internetpornographie / Filter? Zeitverlust / Disziplin?	

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.