



Swiss International Air Lines Ltd.
Medical Services, ZRHLX/DHM

MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN MEDICAL HISTORY

vertraulich
confidential

Bitte den Fragebogen persönlich und gut leserlich ausfüllen und zusammen mit dem Blatt „Angaben über das Sehvermögen“ in separatem, verschlossenem Umschlag, mit Ihrem Namen versehen „vertraulich“ gekennzeichnet zu Händen von SWISS Medical Services dem offiziellen Bewerbungsbogen beilegen. Achten Sie bitte darauf, dass Sie alle Fragen beantworten.

We kindly ask you to fill in this questionnaire personally and legibly and enclose it together with the "Eyesight Details" sheet, placed in a separate sealed envelope marked "Confidential" and "For the attention of SWISS Medical Services" to the official application form. Please answer all questions.

Familienname: Last name:	Vorname: First name:	
Geburtsdatum: Date of birth:	Zivilstand: Marital status:	
Nationalität: Nationality:		
Erlerner Beruf: Occupation:	Jetzige Tätigkeit: Actual activity:	
Adresse Address		
Strasse: Street:	Nr.: No:	
PLZ: ZIP Code :	Ort : City:	Land: Country :
Telefonnummer Telephone Number		
Privat: Private:	Geschäft: Officel:	Mobile: Mobile:
Bewirbt sich als: Position for which applying:	Firma/ Bereich: Enterprise / department:	

1. Litten oder leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Bitte Zutreffendes ankreuzen. Falls Sie « JA » ankreuzen, bitte unten ausführlich erläutern.

1. Have you ever had or have you now any of the following illnesses?

Please tick the according box. If you answer « Yes » please explain below.

	Nein No	Ja* Yes*
Lungen-oder Brustfellerkrankungen Lungs or pleura diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Erkältungen, Stirn- oder Kieferhöhlenentzündungen Frequent colds, sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz- oder Kreislaufstörungen Heart or vascular trouble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck High blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle Dizziness or fainting spells	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reisekrankheit (Auto, Flugzeug) Travel sickness (car, airplane)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige oder schwere Kopfschmerzen, Migräne Frequent or severe headaches, migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrerkrankungen, Schwerhörigkeit Ear disorder, deafness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Leiden (Depressionen, Essstörungen, Suchtkrankheiten) Psychological trouble (depressions, alimentary disorders, toxicomania)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen Sleeping disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsstörungen, Nahrungsmittelunverträglichkeit Digestion problems, food intolerance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber- und Gallenwegserkrankungen (z.B. Gelbsucht) Liver and bile-duct troubles, f. ex. jaundice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren- oder Blasenentzündungen, Harnwegserkrankungen, Nierensteine Nephritis or cystitis, urinary disorders, kidney stones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten, Allergien Skin diseases, allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Immunsystems (z.B. AIDS) Immune system disorders, f. ex. AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit, Schilddrüsenerkrankung Diabetes, thyroid gland disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenbeschwerden Back pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Beschwerden Rheumatic pains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistenbruch Inguinal hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen* Illness other than above mentioned*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Nähere Angaben zu Art, Dauer und Zeitpunkt der Beschwerden:**

*Details concerning kind, duration and manifestation of illnesses:

2. Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

2. Please answer the following questions:

Gewicht (kg)

Weight (kg)

Grösse (cm)

Size (cm)

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?

Do you wear glasses or contact-lenses?

Wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich?

How many cigarettes do you smoke a day?

Falls Sie früher geraucht haben, wann haben Sie das Rauchen aufgegeben?

If you had been smoking before, when did you give it up?

Wie viel und welche Art von Alkohol trinken Sie?

How much and what sort of alcohol do you drink?

Nahmen oder nehmen Sie Drogen (Haschisch, Heroin, Kokain, Ecstasy, andere)?

Did you ever take or are you taking drugs (haschisch, heroin, cocain, ecstasy, other)?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig oder häufig?

What sort of medicaments do you take regularly or frequently ?

Welchen Sport treiben Sie? Regelmässig? Wie oft?

What sport do you undertake? Regularly? How many times?

Gegenwärtiger Gesundheitszustand nach Ihrer eigenen Auffassung (mit einer kurzen Beschreibung im Falle von Beschwerden).

How would you describe your present health condition? (Brief detail in case of any ailment)

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? (Wenn JA, warum und bei wem?)

Are you presently under medical treatment? (If so, why and with whom?)

Erlitten Sie je einen schweren Unfall? (Wenn JA, wann und welche Art von Verletzung?)

Have you ever had any serious accident? (If so, when and what kind of injury?)

Wurden Sie je operiert oder wurde Ihnen eine Operation vorgeschlagen? (Wenn JA, welche Operation und wann?)

Have you ever had or been advised to have any operation? (If so, what operation and when?)

Waren Sie jemals in einem Spital oder in einer psychiatrischen Klinik? (Wenn JA, wann, wo und warum?)
Have you ever been a patient in a hospital or psychiatric clinic? (If so, when, where and why?)

Wie viele Tage waren Sie wegen Krankheit oder Unfall während der letzten 12 Monate arbeitsunfähig?
How many days have you been unfit for working during the last 12 months because of illness or accident ?

Bewerberinnen (falls unregelmässige Tätigkeit oder Schichtbetrieb): Besteht eine Schwangerschaft?
For female applicants (in case of irregular activity or shift work): Are you pregnant?

Bewerber: Sind Sie militärdiensttauglich?
For male applicants: Are you fit for military service?

Falls untauglich, warum und seit wann?
If unfit, why and since when ?

Pilotenanwärter: Waren oder sind Sie in einer psychologischen oder psychiatrischen Abklärung/Behandlung? Bitte erläutern.
Pilot candidate: Have you been or are you in psychological or psychiatric clarification or treatment? Please explain.

Pilotenanwärter: Bitte zutreffendes ankreuzen
Pilot candidate: Please tick the according box.

- Pilotenanwärter Swiss / Pilot Student Swiss
- Pilotenanwärter Privat / Pilot Student private basis
- SAT-Angestellter / SAT employee

**Ich bestätige, dass meine Antworten wahrheitsgetreu und vollständig sind.
Ich bewerbe mich für eine bestimmte Tätigkeit und bin mir im Klaren darüber, dass eine bereits bestehende und verschwiegene Untauglichkeit für diese Tätigkeit die Auflösung des Arbeitsverhältnisses zur Folge haben kann.**

I certify that to the best of my knowledge the above answers are true and complete.
I am applying for a particular activity and fully aware that if I have deliberately not mentioned an already existing unfit for this activity the contract can be cancelled accordingly.

Ort und Datum:
Place and date:
.....

Unterschrift:
Signature:
.....

Nur für den/die Arzt/Ärztin von Medical Services Swiss International Air Lines.
Only for the physician of Medical Services Swiss International Air Lines.

Eingang /Datum:

- Beurteilung : positiv
- negativ
- pendent