

Wenn Sie eine der folgenden Fragen mit "ja" beantwortet haben, bitte diesen medizinischen Fragebogen unbedingt in den beigelegten Umschlag "Arztsache" einlegen und verschließen. Bitte diesen dann dem Freiumschlag beifügen, der an das KWEA zurückzusenden ist. Bei bestimmten gesundheitlichen Beeinträchtigungen kann bereits vor Ihrer Musterung über Ihre Nichteignung für den Wehrdienst entschieden werden. In diesem Fall werden Sie einen entsprechenden Bescheid erhalten. Andernfalls werden Sie zu gegebener Zeit zur Musterung geladen werden.

**Meldung von Erkrankungen und Verletzungen im Rahmen der
Musterungsvorbereitung**

Waren Sie krank, haben oder hatten Sie Beschwerden an.....?

	ja
Wirbelsäule, Brustkorb (z.B. Bandscheibenvorfall, stärkergradige Wirbelsäulenverkrümmung, Wirbelgleiten)	<input type="checkbox"/>
Gliedmaßen (z.B. Gelenks-, Muskel-, Sehnen-, Bänder-, und Knochenerkrankungen oder Verletzungen, an deren Folgen Sie noch leiden)	<input type="checkbox"/>
Auge (z.B. Netzhautablösung, Augenmuskellähmung, höhergradige Sehschwäche)	<input type="checkbox"/>
Psyche, Nervensystem (z.B. Gemütsleiden, Angstzustände, Kopfschmerzen, Migräne, Gehirn- / Nervenverletzungen mit noch bestehenden stärkeren Einschränkungen, Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>
Atemwegen, auch allergisch bedingt (z.B. Bronchialasthma, chronische Bronchitis)	<input type="checkbox"/>
Krankheiten von Herz und Kreislauf (z.B. Herzfehler, zu hoher Blutdruck, Neigung zu Kreislaufkollaps)	<input type="checkbox"/>
Krankheiten der Bauchorgane (z.B. chronische Erkrankungen an Magen, Galle, Darm, Nierenentzündung, Fehlen einer Niere, Verlust der Milz)	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (z.B. Erkrankungen der Haut, Nase, Ohren, Zuckerkrankheit oder andere Stoffwechselstörungen, bösartige Erkrankungen)	<input type="checkbox"/>

Erkrankungen können nur berücksichtigt werden, wenn diese durch ärztliche Befundberichte, Atteste nachgewiesen werden. Wenn Sie eine Frage mit "ja" beantwortet haben, fügen Sie bitte bereits in Ihrem Besitz befindliche ärztliche Befundberichte, Atteste (Originale werden zurückgegeben) bei. Kosten hierfür können nicht erstattet werden. Bei den mit "ja" beantworteten Fragen handelt es sich um folgende Erkrankung/en, Beschwerden:

Ich war in ärztlicher Behandlung wegen oben genannter Erkrankungen, Beschwerden, Verletzungen

Erkrankung/Beschwerden Verletzung	Behandlungszeitraum	Name, Anschrift des/der behandelnden Arztes/Ärzte/Krankenanstalten

Ich bin damit einverstanden, dass zur Klärung der Frage meiner Wehrdienstfähigkeit wegen der oben angegebenen Gesundheitsstörungen durch zuständige Ärzte der Bundeswehr Einsicht genommen wird in Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Röntgenbilder u.a. und entbinde die o.a. behandelnden Ärzte sowie die in Frage kommenden Krankenanstalten und Krankenkassen (als Auftraggeber vertrauensärztlicher Gutachten) und Versorgungsämter insoweit hiermit von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift des Wehrpflichtigen, bei Minderjährigen
Unterschrift des Personensorgeberechtigten

Diese Daten werden aufgrund § 17 Abs. 3 Satz 2 Wehrpflichtgesetz erhoben, wonach Wehrpflichtige auch schon vor der Musterung schriftlich oder mündlich die für die Entscheidung nach § 16 Abs. 2 WPIG erforderlichen Auskünfte zu erteilen und die hierzu angeforderten Unterlagen unverzüglich vorzulegen haben.

Das Schreiben enthält - soweit vom Wehrpflichtigen befüllt - personenbezogene Daten (Schutzbereich 3 gem. Durchführungbestimmungen zu § 9 Bundesdatenschutzgesetz)