



Beratungsstelle für ausländische Mitbürger

Tel./WhatsApp/Telegram
(0986) – 706 930
E-Mail : muni.independencia.de@gmail.com



Eidesstattliche Erklärung über körperliche Einschränkungen

N*		Ja	Nein
01	¿ Tragen Sie eine Brille die die Sehstärke korrigiert?		
02	¿ Tragen Sie Kontaktlinsen?		
03	¿ Haben Sie teilweisen oder vollständigen Verlust des Sehvermögens auf einem Auge oder tragen Sie eine Prothese?		
04	¿ Hatten Sie eine Augenoperation?		
05	¿ Haben Sie Schwierigkeiten Farben zu unterscheiden?		
06	¿ Leiden Sie an Taubheit?		
07	¿ Haben Sie eine vermindertes Hörvermögen?		
08	¿ Leiden Sie an einer Hörpathologie?		
09	¿ Hatten Sie eine Ohroperation?		
10	¿ Benutzen Sie Hörgerät?		
11	¿ Haben Sie eine Einschränkung der Beweglichkeit irgendeines Körperteiles oder des Halses?		
12	¿ Fehlen Ihnen Gliedmaßen (ganz oder teilweise)?		
13	¿ Hatten Sie eine Verletzung des Gehirns mit oder ohne Bewußtseinsverlust?		
14	¿ Leiden Sie an einer neurologischen Erkrankung?		
15	¿ Sind oder waren Sie in psychiatrischer Behandlung (Depression, Schizophrenie, etc.)		
16	¿ Sind oder waren Sie in psychologischer Behandlung?		
17	¿ Hatten Sie einen Krankenhausaufenthalt aus psychologischen oder psychiatrischen Gründen?		
18	¿ Leiden oder haben Sie eine Herzerkrankung? (z. Bsp. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Herzklappenerkrankungen, Fieber, Rheuma, Kardiomyopie, angeborene Fehlbildungen etc.)		
19	¿ Leiden Sie an Bluthochdruck?		
20	¿ Verwenden Sie einen Herzschrittmacher oder Ähnliches?		
21	¿ Leiden Sie oder haben Sie irgendwelchen Erkrankungen der Nieren, Harnwege, Verdauungssystem?		
22	¿ Leiden Sie an Hämophilie oder einer Gerinnungsstörung des Blutes?		
23	¿ Haben Sie Diabetes?		
24	¿ Benötigen Sie Insulin?		
25	¿ Sind Sie versehentlich oder beruflich mit Gefahrstoffen in Berührung gekommen (Pestizide, radioaktive Stoffe, etc.)?		
26	¿ Nehmen Sie Medikamente (regelmäßig oder vorübergehend) ein?		
27	¿ Haben Sie in den letzten 24 Stunden irgendwelche Medikamente eingenommen?		
28	¿ Haben Sie eine andere Krankheit, die hier nicht beschrieben wurde?		
29	¿ Sind Sie Allergiker?		
30	¿ Sind Sie allergisch gegen ein Medikament?		
31	¿ Haben Sie eine andere Behinderung, die hier nicht beschrieben wurde?		
32	¿ Leiden Sie an Asthma oder respiratorischer Insuffizienz?		
33	¿ Leiden Sie an Bewußtlosigkeit Schwindel, Tinnitus, Schwindel oder Muskelzittern?		
34	¿ Leiden Sie an epileptischen Anfällen?		
35	¿ Trinken Sie regemaessig alkoholische Getränke?		
36	¿ Sind Sie Raucher? (Geben Sie die Anzahl der Zigaretten pro Tag an)		
37	¿ Weiteres?		

Anmerkungen _____

Der Unterzeichnete versichert, dass die eidesstattliche Erklärung korrekt ausgefüllt wurde, ohne Auslassungen oder Fälschungen von Daten, ein getreuer Ausdruck der Wahrheit ist und bei Nichterfüllung den in Artikel N * 243 des Strafgesetzbuchs vorgesehenen Sanktionen unterliegt.