

Angaben zu Vorgeschichte

Name, Vorname	Geburtsdatum	Beruf
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Telefon
ausgewiesen durch <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass		
Grund der Untersuchung		

Allgemein

Sind Sie bereits bei einer Behörde ärztlich untersucht worden?	Name der Behörde/Anschrift, Zeitpunkt, Ergebnis	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Bezogen, beziehen oder beantragen Sie eine Rente?	Name des Versicherungsträgers o. Ä.	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung, oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?	Grad der Behinderung	Merkzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Erkrankungen in Ihrer engeren Familie (Eltern, Geschwister, Kinder)

<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> chron. Rheumatismus	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Krebsleiden
<input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Adipositas
<input type="checkbox"/> Nerven- oder Geisteskrankheiten	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> keine ernsthaften Erkrankungen

Eigene Vorgeschichte

Leiden oder litten Sie an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden

Wenn Antwort „ja“ lautet, bitte angeben:
Art der Erkrankung, behandelnder Arzt (mit Anschrift)

des Herzens oder der Kreislauforgane (z.B. Herzfehler, Herzinfarkt, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengung, Herzschmerzen, erhöhtem oder zu niedrigem Blutdruck, Venenentzündungen?) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
der Atmungsorgane (z.B. Lungen-Tuberkulose, Lungenentzündung, Heuschnupfen, Asthma)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
der Harnorgane (z.B. Nierenentzündungen, Nierenkolik, Nierenbecken- oder Blasenentzündungen, Blut im Urin, Eiweißausscheidungen?) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
des Gehirns oder Rückenmarks, an Gemüts- oder Geistesstörungen (z.B. Epilepsie, Krämpfen, Ohnmachten, Lähmungen, Schwindel, häufigen Kopfschmerzen, Sprachstörungen?) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Stoffwechselkrankheiten (z.B. Zuckerkrankheit, Funktionsstörungen der Schilddrüse, Gicht)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gelenkrheumatismus? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
ansteckenden Krankheiten (z.B. Tuberkulose, Gelbsucht)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sonstige Krankheiten, körperliche Fehler oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie zur Zeit in Behandlung Namen der behandelnden Ärzte: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weshalb

Nahmen oder nehmen Sie regel- oder gewohnheitsmäßig Medikamente (zu den Medikamenten gehören auch empfängnisverhütende Tabletten oder Injektionen)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche, Zeitpunkt
Nahmen o. nehmen Sie regel- oder gewohnheitsmäßig Drogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche, Zeitpunkt
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Tägl. Menge
Wie oft trinken Sie Alkohol (einschließlich Bier)? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Etwa 1mal pro Monat <input type="checkbox"/> 2-4mal im Monat <input type="checkbox"/> 2-3mal pro Woche <input type="checkbox"/> 4mal oder öfter in der Woche	
Tragen Sie eine Sehhilfe? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Haftschalen	

Stationäre Behandlungen, Reha-Maßnahmen und Heilkuren, Operationen, bei Frauen Geburten (Jahr)

Zeitpunkt	Krankheit	Dauer	Behandelnder Arzt oder Krankenhaus, Kurarzt oder Sanatoriumsarzt

Jetzige Beschwerden oder Krankheiten

<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Atemnot (beim Treppensteigen)	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme
<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Migräne, nervöse Leiden	<input type="checkbox"/> Husten
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Sehstörungen	<input type="checkbox"/> nächtl. Wasserlassen <input type="checkbox"/> schmerzhaftes Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden
<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden	<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> keine ernsthaften Erkrankungen

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dem untersuchenden Arzt vollständig und wahrheitsgemäß alles mitgeteilt zu haben, was für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes von Bedeutung sein könnte. Stellt sich später heraus, dass ich unzutreffende oder unvollständige Angaben gemacht habe, so können darauf beruhende Ernennungen zurückgenommen werden. Ferner ist ggf. eine strafrechtliche Ahndung möglich. Ich bin damit einverstanden, dass die für die Beurteilung benötigten ärztlichen Befunde und Unterlagen dem Gesundheitsamt zur Verfügung gestellt werden und das das Gesundheitszeugnis an die, für die dienstrechtliche Entscheidung zuständige Behörde und an die, für die das Gesundheitszeugnis maßgebende Beurteilungsgrundlage - innerhalb des zuständigen ärztlichen Dienstes (Ärzte der Gesundheitsämter, der Regierungen, des Staatsministeriums des Innern) – ist, weitergegeben wird.

Bei Frauen, die einem erhöhten Rötelinfectionsrisikos ausgesetzt sind: Eine Blutuntersuchung auf Rötelantikörper wurde mir angeboten.

Unterschrift