

A n g a b e n z u r V o r g e s c h i c h t e

(soweit zur Durchführung des Untersuchungsauftrages erforderlich)

Name, Geburtsname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Nr.:

Wohnort:

ausgewiesen durch (*Personalausweis, Reisepass*):

Gutachterauftrag vom (*Datum*)/Aktenzeichen:

auf Veranlassung:

wegen (*Untersuchungsgrund*):

Wurden Sie bereits in einem Gesundheitsamt untersucht?

Nein Ja Wann und wo? _____

Weshalb? _____

1. Hat es in Ihrer engeren Familie ernsthafte Erkrankungen gegeben?

(Eltern, Geschwister, Kinder)

- hoher Blutdruck Herzkrankheiten Allergien Gicht
 chron. Rheumatismus Zuckerkrankheiten Tuberkulose Krebs
 Suchtkrankheiten Nerven- oder Geisteskrankheiten, auch Selbstmord/-versuche
 keine ernsten Krankheiten _____
 Sonstiges _____

2. Eigene Vorgeschichte:

Folgende Krankheiten / Krankheiten folgender Organe / Behinderungen lagen vor / liegen noch vor

- Herzerkrankungen hoher/niedr. Blutdruck Bronchien/Lunge Asthma
 Tuberkulose Allergien Haut Mandelentzündungen

Name, Vorname:

Zu 2. Eigene Vorgeschichte

- Diphtherie Scharlach Rheuma Schilddrüse
- Leber Röteln Gallenblase Gelbsucht
- Magen und Darm Niere Harnblase Diabetes

- Gehirnerschütterung Nerven- oder Geisteskrankheiten auch Anfälle u. Selbstmordversuche körperliche/geistige/ seelische Behinderung Knochen- und Gelenksystem Wirbelsäule

- Knochenbruch Krampfadern Thrombose Embolie Geschlechtskrankheiten Gicht

- keine ernsthaften Krankheiten oder Behinderungen

Zeitpunkt	Krankheit, Sanatoriumsaufenthalt, Heilkur	Zeitdauer	behandelnder Arzt, Krankenhaus, Kur- oder Sanatoriumsarzt
<i>Beispiel: Sommer 1969 Winter 1970</i>	<i>Scharlach Unterarmbruch re.</i>	<i>4 Wochen 3 Wochen</i>	<i>Dr. Meyer, Melsungen St. Marien-Hospital, Marburg</i>

3. Welche Folgen sind von den Krankheiten oder Verletzungen zurückgeblieben?

.....

.....

.....

.....

Name, Vorname:

4. Jetzige Beschwerden oder Krankheiten

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Augenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Hals/Nase/Ohren | <input type="checkbox"/> Anfälle | <input type="checkbox"/> Zittern |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Gewichts-
abnahme | <input type="checkbox"/> Verdauungs-
beschwerden |
| <input type="checkbox"/> schmerzhaftes
Wasserlassen | <input type="checkbox"/> rheumatische
Beschwerden | <input type="checkbox"/> Herz-
beschwerden | <input type="checkbox"/> Gelenk-
beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> nervöse
Beschwerden | <input type="checkbox"/> Stimmungs- u.
Antriebs-
schwankungen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

5. Haben Sie eine Rente beantragt?

Nein Ja, weshalb MdE _____%

6. Sind Sie schwerbehindert?

Nein Ja, weshalb MdE _____%

7. Wurden früher Röntgenuntersuchungen durchgeführt?

Nein Ja (nach Möglichkeit bitte Befunde zum Untersuchungstermin mitbringen)

8. Sind Sie zur Zeit in Behandlung?

Nein Ja, weshalb

..... seit

9. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

Nein Ja, welche

..... seit

10. Namen der behandelnden Ärzte:

.....

.....

.....

.....

Name, Vorname:

11. Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?

Ja Nein

12. Betätigen Sie sich sportlich?

Ja Nein

13. Tragen Sie eine Sehhilfe?

Nein Ja Brille Kontaktlinsen

14. Rauchen Sie?

Nein Ja, seit Tägliche Menge:

15. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschl. Bier) zu sich?

Nein Ja, seit Tägliche Menge:

16. Haben Sie im letzten Jahr regelmäßig Medikamente oder Drogen eingenommen?

Nein Ja, seit

17. Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z. B. Musterung)?

Nein Ja, wo

Ergebnis

U n t e r r i c h t u n g u n d p e r s ö n l i c h e E r k l ä r u n g

1. Die Datenerhebung bei dieser Untersuchung erfolgt aufgrund von §§ 18, 18 a der Zweiten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens in Verbindung mit den einschlägigen arbeits- und beamtenrechtlichen Vorschriften.
2. Ich habe dem untersuchenden Arzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige Angaben gemacht.
3. Das Gesundheitsamt übersendet der auftraggebenden personalführenden Stelle grundsätzlich nur ein Gesundheitszeugnis, das in der Regel lediglich das zusammenfassende Ergebnis der Untersuchung zu den im Gutachtenauftrag gestellten Fragen enthält.
4. Bei konkreten Zweifeln an der Vollständigkeit oder Aussagefähigkeit des Gesundheitszeugnisses oder dem darin festgestellten Ergebnis der Beurteilung ist die auftraggebende Stelle berechtigt und das Gesundheitsamt verpflichtet, die für das Gesundheitszeugnis maßgeblichen Einzeldaten zu übermitteln. Dies gilt auch, wenn die Einzeldaten für gerichtliche Streitverfahren benötigt werden.

Name, Vorname:

5. Bei Einstellungsuntersuchungen gilt Nr. 4 nur dann, wenn ich vor der Übermittlung vom untersuchenden Arzt über Inhalt und Umfang der gutachterlichen Feststellungen aufgeklärt worden bin und mich schriftlich mit der Übermittlung einverstanden erklärt habe.
6. Ich bin weiter darüber informiert, dass ich Einsicht in die bei meiner Untersuchung gemachten Aufzeichnungen nehmen kann.
7. Soweit zur Durchführung der Untersuchung die Anforderung von Unterlagen von Ärzten oder Krankenhäusern, die mich behandelt oder untersucht haben, erforderlich ist, erfolgt die Entbindung von der Schweigepflicht auf gesonderten Formularen, die den betroffenen Arzt, den Untersuchungszweck sowie die anzufordernden Unterlagen im Einzelnen bezeichnen.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Angaben zur Vorgeschichte - ärztliche Anamneseerhebung
(wird vom Arzt in der Sprechstunde ergänzt)