

## Angaben zur Vorgeschichte

Eine richtige und vollständige Vorgeschichte ist eine wesentliche Voraussetzung für ein zutreffendes amtsärztliches Zeugnis.

Deshalb bitten wir Sie, die folgenden Fragen so richtig und vollständig wie möglich zu beantworten.

Name	_____
Geburtsname	_____
Vorname	_____
Geb. Datum	_____
Straße Hausnummer (1. Wohnsitz)	_____
PLZ Ort (1. Wohnsitz)	_____
Straße Hausnummer (2. Wohnsitz)	_____
PLZ Ort (2. Wohnsitz)	_____
Erreichbarkeit	Tel. privat _____
	Tel. dienstlich _____
	Mobil _____
	E-Mail _____

- Ich habe diesen Bogen **selbst** ausgefüllt.
- Ich habe diesen Bogen **für o.g. Person** ausgefüllt.

Name	_____
Vorname	_____
Geb. Datum	_____
Position zu o.g. Person	<input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer
	Verwandte(r) <input type="checkbox"/> Kind
	<input type="checkbox"/> Eltern
	<input type="checkbox"/> Sonstiger

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

- ja  nein

Wann?	_____
Wo?	_____
Weshalb?	_____

**1. Angaben zur Vorgeschichte in der Familie**

Hat es in Ihrer engeren Familie ernsthafte Erkrankungen gegeben? (Eltern, Geschwister, Kinder)

- keine ernsthaften Erkrankungen
- wie z.B. hoher Blutdruck, Herzkrankheiten, Zuckerkrankheiten, Allergien, Nerven- oder Geisteskrankheiten, Suchterkrankungen
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**2. Eigene Vorgeschichte**

- keine ernsthaften Krankheiten
- Herzerkrankungen     Schilddrüse
- hoher/niedriger Blutdruck
- Magen/Darm     Zuckerkrankheit
- Leber/Gelbsucht     Rheuma
- Niere/Harnblase     Tumor
- Allergien     Bronchien/Lunge/ Asthma/TBC
- Sonstiges \_\_\_\_\_
- Krampfadern/Thrombose/Embolie
- neurologische und/oder psychiatrische Erkrankungen (auch Anfälle oder Selbstmordversuche)
- Psychotherapie
- Suchtkrankheiten
- Körperliche/geistige oder seelische Behinderung
- Knochen- und Gelenksystem, Wirbelsäule

**Stationäre Behandlung**

Zeitpunkt	Krankheit, Sanatoriums- Aufenthalt, (Heil-)Kur	Zeitdauer	Behandelnder Arzt oder Krankenhaus
<i>Beispiel: Sommer 94</i>	<i>Magenoperation</i>	<i>4 Wochen</i>	<i>Klinikum Kassel</i>

Welche Folgen sind von den Krankheiten oder Verletzungen zurückgeblieben?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

### 3. Jetzige Beschwerden oder Krankheiten

Ich habe keinerlei gesundheitliche Beschwerden.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sehstörung                 | <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"/> Zittern                    | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen       | <input type="checkbox"/> Schmerzen                   |
| <input type="checkbox"/> Husten                     | <input type="checkbox"/> Atemnot               | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß                |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme            | <input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit            |
| <input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden   | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden       | <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden           |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen            | <input type="checkbox"/> Nervöse Beschwerden   | <input type="checkbox"/> Stimmungs-/ Antriebsstörung |
| <input type="checkbox"/> schmerzhaftes Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Anfälle               |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____            |  |  |
- 

### 4. Beziehen Sie eine Rente oder haben eine Rente beantragt?

- nein                       ja, wegen \_\_\_\_\_ MdE \_\_\_\_\_
- Mein Antrag wurde noch nicht bewilligt/bearbeitet.    Eingereicht am \_\_\_\_\_

### 5. Ist bei Ihnen eine Behinderung anerkannt?

- nein                       ja, wegen \_\_\_\_\_ GdB \_\_\_\_\_
- Mein Antrag wurde noch nicht bewilligt/bearbeitet.    Eingereicht am \_\_\_\_\_
- Ich habe einen Höherstufungsantrag gestellt    am \_\_\_\_\_

### 6. Wurden früher einmal Röntgen-Untersuchungen durchgeführt

- nein                       ja, wegen \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 7. Sind Sie zurzeit in Behandlung?

- nein                       ja, wegen \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 8. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

- nein                       ja, welche \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

---

---

---

**9. Namen der behandelnden Ärzte**

Hausarzt

---

Andere Ärzte

---

---

---

---

---

---

---

**10. Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?**

ja  nein

**11. Betätigen Sie sich sportlich?**

ja  nein

**12. Tragen Sie eine Sehhilfe?**

ja  nein

kurzsichtig  weitsichtig

Brille: Stärke

rechts \_\_\_\_\_ dpt links \_\_\_\_\_ dpt

Kontaktlinsen: Stärke:

rechts \_\_\_\_\_ dpt links \_\_\_\_\_ dpt

**13. Rauchen Sie?**

nein  ja seit: \_\_\_\_\_ tägliche Menge \_\_\_\_\_  noch nie

**14. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich?**

Nein  ja seit: \_\_\_\_\_ tägliche Menge \_\_\_\_\_  noch nie

**15. Haben Sie schon einmal Drogen eingenommen ?**

nein  noch nie

ja seit \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_

**16. Arbeitsanamnese**

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit

---

---

---

Berufs- und Tätigkeitswechsel insbes. aus gesundheitlichen Gründen

---

---

---

---

Schul- und Berufsausbildung (Schulart und Abschluss, Berufsausbildung und Abschluss)

---

---

---

---

Belastungen am Arbeitsplatz

---

---

---

---

Berufliche Vorstellung

**17. Sozialanamnese**

Art und Umfang der außerberuflichen Belastungen

---

---

Letzte ärztliche Untersuchung \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Krankenkasse  ja bei \_\_\_\_\_  nein

Lebensweise (Sport, Hobbies, Freunde, Familie)

**18. Sprach- und Verständigungsschwierigkeiten**

---

---

**19. Weitere Angabe zur Ergänzung**

---

---

---

*20. Nur auszufüllen, falls Sie verbeamtet sind oder verbeamtet werden wollen:*

Dienststelle

---

---

---

---

- Kommunalbeamte/r
- Landesbeamte/r
- Bundesbeamte/r

Ich habe dem untersuchenden Arzt/der untersuchenden Ärztin in diesem Bogen vollständige und wahrheitsgemäße Angaben gemacht.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift