

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

Beziehung zu o.g. Person

Gesetzlicher Betreuer

Kind

Eltern

Sonstiger

Wurden Sie schon einmal amtsärztlich untersucht? (z.B. Gesundheitsamt Musterung)

ja nein

Wann?

Wo?

Weshalb?

1. Angaben zur Vorgeschichte in der Familie (freiwillige Angaben)

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

Stationäre Behandlungen keine

Zeitpunkt	Krankheit, Sanatoriums- Aufenthalt, (Heil-)Kur	Zeitdauer	Behandelnder (Krankenhaus/Arzt/Ärztin)
<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.

Sehstörung	Augenbeschwerden	Kopfschmerzen
Schwindel	Schwerhörigkeit	Hals/Nase/Ohren
Zittern	Schlafstörungen	Schmerzen
Husten	Atemnot	Nachtschweiß
Gewichtsabnahme	Verdauungsbeschwerden	Appetitlosigkeit
rheumatische Beschwerden	Herzbeschwerden	Gelenkbeschwerden
Rückenschmerzen	Nervöse Beschwerden	Stimmungs- / Antriebsstörung
schmerzhaftes Wasserlassen	Anfälle	
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. Wurde 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, wegen

9. Namen der behandelnden Ärzte

Hausarzt/Hausärztin

Andere Ärzte/Ärztinnen

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, noch nie

ja, aktuell

nicht mehr seit

tägl. Menge

tägl. Menge

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

nein, noch nie

ja, aktuell

nicht mehr seit

tägl. Menge

tägl. Menge

15. Haben Sie schon einmal Drogen eingenommen ?

nein, noch nie

ja, aktuell

nicht mehr seit

welche Drogen?

tägl. Menge

aktuell

früher

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 nein ja, bei

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

Kommunalbeamtin/Kommunalbeamter

Landesbeamtin/Landesbeamter

Bundesbeamtin/Bundesbeamter

sonstige Beamtin/sonstiger Beamter

21. Raum für weitere Ergänzungen, Anmerkungen und Fragen

Das Formular nach dem Ausfüllen bitte ausdrucken und das ausgedruckte Formular unterschreiben.

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

Ort, Datum

Unterschrift