

## 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: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort (1. Wohnsitz): \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort (2. Wohnsitz): \_\_\_\_\_

telefonisch zu erreichen: Privat: \_\_\_\_\_

(bitte mit Vorwahl) Dienst: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Krampfadern/Thrombose/Embolie

hoher/niedriger Blutdruck

Haut

neurologische und/oder psychiatrische Erkrankungen (auch Anfälle oder Selbstmordversuche)

Magen/Darm

Zuckerkrankheit

Psychotherapie

Leber/Gelbsucht

Rheuma

Suchtkrankheiten

Nieren/Harnblase

Tumor

körperliche/geistige oder seelische Behinderung

Allergien

Bronchien/Lunge/  
Asthma/Tbc

Knochen- und Gelenksystem,  
Wirbelsäule

Sonstiges:

---



---

**Stationäre Behandlung:**

Zeitpunkt	Krankheit, Sanatoriums-aufenthalt, Heilkur	Zeitdauer	Behandelnder Arzt od. Krankenhaus-, Kur- od. Sanatoriumsarzt
Beispiel: Sommer 94	Magenoperation	4 Wochen	Klinikum Kassel

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

---



---

**4. Jetzige Beschwerden oder Krankheiten**

ich habe keine gesundheitlichen Beschwerden

Sehstörungen

Augenbeschwerden

Kopfschmerzen

Schwindel

Schwerhörigkeit

Hals/Nase/Ohren

Zittern

Schlafstörungen

Schmerzen

Husten

Atemnot

Nachtschweiß

Gewichtsabnahme

Verdauungsbeschwerden

Appetitlosigkeit

rheumatische Beschwerden

Herzbeschwerden

Gelenkbeschwerden

Rückenschmerzen

nervöse Beschwerden

Stimmungs- und Antriebsschwankungen

schmerzhaftes Wasserlassen

Anfälle

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Rente beantragt?

nein  ja, weshalb \_\_\_\_\_ MdE \_\_\_\_\_

5. Sind Sie schwerbehindert

nein  ja, weshalb \_\_\_\_\_ GdB \_\_\_\_\_

6. Wurden früher Röntgenuntersuchungen durchgeführt?

nein  ja, weshalb \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Sind Sie zurzeit in Behandlung

nein  ja, weshalb \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein (einschließlich „Pille“)?

nein  ja, welche \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

10. Namen der behandelnden Ärzte / Hausärzte:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?

ja  nein

12. Betätigen Sie sich sportlich?

ja  nein

13. Tragen Sie eine Sehhilfe?

ja  nein

Brille

Stärke re. \_\_\_\_\_ dpt li. . \_\_\_\_\_ dpt

Kontaktlinsen

Stärke re. \_\_\_\_\_ dpt li. . \_\_\_\_\_ dpt

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 in den letzten Jahren regelmäßig Medikamente oder Drogen eingenommen?

nein  ja, seit: \_\_\_\_\_ welche: \_\_\_\_\_  
seit: \_\_\_\_\_

17. Weitere ergänzende Angaben:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Unterrichtung und persönliche Erklärung:**

1. Die Datenerhebung bei dieser Untersuchung erfolgt aufgrund von § 18 des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGÖGD) 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 Gutachtauftrag 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.
5. Bei Einstellungsuntersuchungen gilt Nr. 4 nur dann, wenn ich vor der Übermittlung vom untersuchenden Arzt über den Inhalt und Umfang der gutachterlichen Feststellung 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 Beiziehung 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 angeforderten Unterlagen im einzelnen bezeichnen.

-----  
Datum

Unterschrift