

Angaben zur Vorgeschichte

Anlage 1

(zu Nummer 3.2 und 5.2)

Name, Vorname
Geburtsdatum
Straße/Hausnummer/Postleitzahl/Wohnort

Die Kenntnis der Vorgeschichte ist für die Erstellung eines aussagekräftigen amtsärztlichen Zeugnisses wesentliche Voraussetzung. Wir bitten Sie deshalb, den Erhebungsbogen sorgfältig auszufüllen. Eine Verpflichtung dazu besteht allerdings nur bei Pflichtuntersuchungen. Ob eine solche vorliegt und welche Folgen eine Weigerung hätte, entnehmen Sie bitte dem Anforderungsschreiben der Dienststelle, das Sie auf Wunsch beim Gesundheitsamt nochmals gerne einsehen können.

Der Erhebungsbogen verbleibt beim Gesundheitsamt. Der Dienststelle, die das amtsärztliche Zeugnis angefordert hat bzw. für die das amtsärztliche Zeugnis bestimmt ist, wird nur das Ergebnis der Untersuchung im Sinne einer zusammenfassenden ärztlichen Bewertung mitgeteilt. Einzelergebnisse werden nur mit Ihrem EINVERSTÄNDNIS weitergegeben, soweit nicht bei Untersuchungen auf Dienstfähigkeit, begrenzter Dienstfähigkeit oder Dienstunfähigkeit eine Befundmitteilung für die konkret anstehende Personalentscheidung erforderlich ist.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Frühere Untersuchungen beim Gesundheitsamt nein ja wann: _____
 Grund: _____

Sind Sie mit der Heranziehung der Vorakten einverstanden? nein ja

I. Vorgeschichte der zu untersuchenden Person

1. Welche bedeutsamen Erkrankungen, insbesondere an Herz, Lunge (Tuberkulose), Leber, Niere, Verdauungsorganen, Schilddrüse, Wirbelsäule und Gliedmaßen sowie psychische Erkrankungen, Allergien und Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht? Art und Zeitpunkt der Erkrankung

Operationen? nein ja welche: _____
 wann: _____

Unfälle? nein ja welche: _____
 wann: _____

Krankenhausaufenthalt(e)? nein ja Grund: _____
 Zeitraum: _____

Sanatoriums- oder Kuraufenthalt(e)? nein ja Grund: _____
 Zeitraum: _____

2. Zur Zeit Beschwerden? nein ja, welche _____

3. Zur Zeit in ärztlicher Behandlung, Beratung oder Konsultation? nein ja Grund sowie bitte auch Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes angeben:

4. Zur Zeit in psychotherapeutischer Behandlung, Beratung oder Konsultation? nein ja Grund sowie bitte auch Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes angeben:

5. Regelmäßige Arzneimittelleinnahme? nein ja, welche _____

6. Drogenkonsum? nein ja, welche _____

7. Rauchen? nein ca. _____ Zigaretten
 gelegentlich ca. _____ Zigarren
 täglich ca. _____ Pfeifen
8. Alkoholkonsum? nein _____ Flaschen Bier
 gelegentlich _____ Viertel Wein
 täglich _____ Spirituosen
9. Treiben Sie Sport? nein ja Sportart: _____

 Umfang: _____ Stunden pro Tag/pro Woche
10. Sind Sie schwerbehindert oder gleichgestellt? nein ja Grad der Behinderung (GdB): _____

II. Familienvorgeschichte

Sind erblich bedingte Krankheitshäufungen in der Familie bekannt?

nein ja, welche:

Ort, Datum

Unterschrift
