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 ☐ Gesetzlicher Betreuer

Verwandte(r) ☐ Kind

☐ Eltern

☐ 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	☐ 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 Behandlung

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

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. 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