



Person, die untersucht wird		
Familienname	Geburtsname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort	Beruf
Anschrift (Straße, Hausnummer; PLZ, Ort)		Telefon
E-mail-Adresse		
Angaben zur Vorgeschichte		
<p>Eine richtig und vollständig erhobene 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. Sie müssen Ihre Angaben nur im Falle einer Untersuchungsverpflichtung machen. Ob diese besteht und welche Folgen eine Weigerung hat, entnehmen Sie bitte dem Anforderungsschreiben der Dienststelle, das Sie auch beim Gesundheitsamt einsehen können. Der Erhebungsbogen mit Ihren Angaben zur Vorgeschichte wird der das amtsärztliche Zeugnis anfordernde Dienststelle nicht übersandt, sondern verbleibt im Gesundheitsamt. Die Dienststelle, die das amtsärztliche Zeugnis angefordert hat bzw. für die das amtsärztliche Zeugnis bestimmt ist, erhält eine zusammenfassende gutachterliche Beurteilung. Einzelbefunde werden nur mit Ihrem EINVERSTÄNDNIS mitgeteilt, soweit nicht bei Untersuchungen auf Dienstunfähigkeit eine Befundmitteilung unbedingt erforderlich ist.</p>		
Fragen	Antworten	
Haben Sie zur Zeit Beschwerden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?
Welche bedeutsamen Erkrankungen, insbesondere an Herz, Lunge, Niere, Verdauungsorganen, Schilddrüse, Wirbelsäule und Gliedmaßen sowie Allergien und Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?		Zeitpunkt und Art der Erkrankung
Operationen? Unfälle?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jahr und Art des Unfalles bzw. der Operation
Krankenhausaufenthalte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jahr, Dauer, Grund
Sanatoriums- oder Kuraufenthalte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jahr, Dauer, Grund
Waren/Sind Sie zur Zeit in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, <u>weswegen und wann?</u> Bitte Namen und Anschrift des behandelnden Arztes oder Psychotherapeuten angeben
Nehmen Sie regelmäßig Arzneimittel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?
Nahmen oder nehmen Sie Drogen zu sich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, wie viel? <input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Zigarren täglich ca. _____ <input type="checkbox"/> Pfeife täglich ca. _____ gr. Pfeifentabak
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, wie viel? <input type="checkbox"/> gelegentlich  Bier <b>täglich</b> ____ Flaschen; <b>wöchentlich</b> ____ Flaschen Wein <b>täglich</b> ____ Viertel; <b>wöchentlich</b> ____ Viertel Spirituosen täglich _____

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Treiben Sie Sport?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche Sportart? Wie viel Stunden pro Woche?
<b>Sind Sie schwer behindert oder gleichgestellt?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, Grad der Behinderung: _____ v.H. Merkzeichen: _____ Seit wann? _____
<b>Besteht Schwangerschaft? Anzahl der Geburten: _____</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>Letzte Röntgenuntersuchung</b>		Zeitpunkt und geröntgte Körperregion
<b>Sind bei Ihren Eltern und Geschwistern folgende Krankheiten aufgetreten?</b>		Wenn ja, bei wem?
<b>Bluthochdruck</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>Nervenkrankheiten</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>Blutzucker</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>Sonstige bedeutsame Erkrankungen</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Wenn ja, welche? Bei wem?</b>
<b>Woran und in welchem Alter sind verstorben (Angaben soweit bekannt)</b>		
<b>Ihre Eltern</b>		
<b>Ihre Großeltern</b>		
<b>Ihre Geschwister</b>		
<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift</b>	
<b>Einverständnisklärung:</b>		
<p>1. Ich bin damit einverstanden, dass vorliegende Akten, die in Zusammenhang mit der jetzigen Untersuchung stehen, vom untersuchenden Arzt des Gesundheitsamtes eingesehen werden dürfen.</p> <p><b>Unterschrift:</b> _____</p>		
<p>2. Ich bin damit einverstanden, dass das Gesundheitsamt Befunde von</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>anfordert. Die entsprechenden Ärzte entbinde ich von der Schweigepflicht.</p> <p><b>Unterschrift:</b> _____</p>		
<p>3. Ich bin damit einverstanden, dass das Gesundheitsamt eine zusammenfassende gutachterliche Beurteilung an die anfordernde Stelle/Behörde richtet. Den Arzt des Gesundheitsamtes entbinde ich von der Schweigepflicht.</p> <p><b>Unterschrift:</b> _____</p>		