

Beurteilungsgrundlage (bleibt im ärztlichen Dienst)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Name, Geburtsname, Vorname		
geboren am	in	Beruf
wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefonnummer	Mobilnummer	E-Mail-Adresse
<input type="checkbox"/> amtsbekannt	ausgewiesen durch	<input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis
wurde zwecks		begutachtet.
veranlasst von	mit Schreiben vom	Gz.

Angaben zur Untersuchung (ggf. auf separatem Blatt)

<p>1. Familienvorgeschichte (Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Krankheiten:</p> <p><input type="checkbox"/> hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> krankhaftes Übergewicht <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislauferkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten <input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen <input type="checkbox"/> Krebs</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche <input type="checkbox"/> Sonstiges</p> <p><input type="checkbox"/> keine ernsten Krankheiten</p>	
<p>2. Eigene Vorgeschichte, folgende Krankheiten:</p> <p><input type="checkbox"/> hoher Blutdruck</p> <p><input type="checkbox"/> Allergien, Heuschnupfen, Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> chronische Lungenerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)</p> <p><input type="checkbox"/> chronische Infektionserkrankungen (z. B. Tuberkulose, Hepatitis B/C, HIV-Infektion/ AIDS-Erkrankung)</p> <p><input type="checkbox"/> Mandelentzündungen, Scharlach</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche</p> <p><input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten</p> <p><input type="checkbox"/> Krebs</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige:</p> <p><input type="checkbox"/> keine ernsten Krankheiten oder Behinderungen</p>	<p>Krankheiten folgender Organe:</p> <p><input type="checkbox"/> Blutgefäße <input type="checkbox"/> Nervensystem, Gehirn</p> <p><input type="checkbox"/> Bronchien/Lunge <input type="checkbox"/> Augen</p> <p><input type="checkbox"/> Gallenblase <input type="checkbox"/> Ohren und Gleichgewichtssinn</p> <p><input type="checkbox"/> Harnblase <input type="checkbox"/> Schilddrüse</p> <p><input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Sonstiges</p> <p><input type="checkbox"/> Herz <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Magen und Darm <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Nieren <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke und Wirbelsäule)</p>
<p>Wurden Sie wegen eines bestimmten Leidens längere Zeit oder wiederholt behandelt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja weshalb</p> <p>von wem</p> <p>Krankenhausaufenthalte/Kuren (Jahr / Dauer / Grund)</p> <p>Operationen (Jahr)</p> <p>Bei Frauen: Geburten (Jahr)</p>	

3. Sind Sie schwerbehindert? Haben Sie Rente beantragt? Sind Sie gleichgestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja weshalb _____ / GdB																										
4. a) Stehen Sie zurzeit in medizinischer Behandlung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei wem/weshalb _____ b) nehmen Sie Medikamente ein? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja weshalb _____ Präparate/ seit wann?: _____ Präparate/ seit wann?: _____																										
5. Suchtkrankheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ abhängig von welcher Droge _____																										
6. Jetzige Beschwerden oder Krankheiten <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit/Gewichtsabnahme</td> <td><input type="checkbox"/> Beschwerden der Verdauung/des Stuhlgangs</td> <td><input type="checkbox"/> Nachtschweiß</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Atemnot</td> <td><input type="checkbox"/> Husten</td> <td><input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit</td> <td><input type="checkbox"/> andere Stoffwechselstörung (z. B. Gicht/Fette)</td> <td><input type="checkbox"/> hoher Blutdruck</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden</td> <td><input type="checkbox"/> Psychische Beschwerden (z. B. Depression, Angst)</td> <td><input type="checkbox"/> Schlafstörungen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hörstörungen/Tinnitus</td> <td><input type="checkbox"/> Sehstörungen (z. B. Doppelbilder, Nachtblindheit)</td> <td><input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung/Schwindel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kopfschmerzen</td> <td><input type="checkbox"/> Schmerzen und Bewegungseinschränkungen an der Wirbelsäule und am Bewegungsapparat</td> <td><input type="checkbox"/> Schmerzen anderer Lokalisation:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> keine Beschwerden</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit/Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> Beschwerden der Verdauung/des Stuhlgangs	<input type="checkbox"/> Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> andere Stoffwechselstörung (z. B. Gicht/Fette)	<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden	<input type="checkbox"/> Psychische Beschwerden (z. B. Depression, Angst)	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Hörstörungen/Tinnitus	<input type="checkbox"/> Sehstörungen (z. B. Doppelbilder, Nachtblindheit)	<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung/Schwindel	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Schmerzen und Bewegungseinschränkungen an der Wirbelsäule und am Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/> Schmerzen anderer Lokalisation:	<input type="checkbox"/> Sonstiges:			<input type="checkbox"/> keine Beschwerden		
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit/Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> Beschwerden der Verdauung/des Stuhlgangs	<input type="checkbox"/> Nachtschweiß																								
<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen																								
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> andere Stoffwechselstörung (z. B. Gicht/Fette)	<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck																								
<input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden	<input type="checkbox"/> Psychische Beschwerden (z. B. Depression, Angst)	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen																								
<input type="checkbox"/> Hörstörungen/Tinnitus	<input type="checkbox"/> Sehstörungen (z. B. Doppelbilder, Nachtblindheit)	<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung/Schwindel																								
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Schmerzen und Bewegungseinschränkungen an der Wirbelsäule und am Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/> Schmerzen anderer Lokalisation:																								
<input type="checkbox"/> Sonstiges:																										
<input type="checkbox"/> keine Beschwerden																										
7. Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																										
8. Tragen Sie eine Sehhilfe? Stärke der Sehhilfe: rechts: sph zyl. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen links: sph zyl.																										
9. Rauchen Sie? Haben Sie früher geraucht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ bis _____ wieviel/wovon _____																										
10. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich? Haben Sie früher regelmäßig konsumiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ bis _____ wieviel/wovon _____																										
11. Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z. B. Musterung)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wo _____ Ergebnis _____																										

Erklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese Beurteilungsgrundlage und die weiteren medizinischen Befunde und Unterlagen zur Klärung medizinischer Zweifelsfragen im erforderlichen Umfang innerhalb des ärztlichen Dienstes (Ärzte an den Gesundheitsämtern, Regierungen und im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) verarbeitet werden können. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung verweigern kann. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Gesundheitsamt bzw. der Regierung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt. Sollte ich diese Erklärung verweigern oder widerrufen kann dies zur Folge haben, dass seitens des Gesundheitsamtes bzw. der Regierung kein abschließendes Gesundheitszeugnis ausgestellt werden kann. Ich habe dem untersuchenden Arzt alles mitgeteilt, was für die Beurteilung meines Gesundheitszustands von Bedeutung sein könnte.