

|                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| <b>Name, Vorname:</b> | <b>U-Datum:</b>    |
| <b>PLZ Ort</b>        | <b>Geb.-Datum:</b> |
| <b>Straße</b>         | <b>Tel.:</b>       |

**ANGABEN ZUR VORGESCHICHTE**

(soweit zur Durchführung des Untersuchungsauftrages erforderlich)

**Zutreffendes bitte  
ankreuzen oder ausfüllen**

Wurden Sie bereits in einem Gesundheitsamt untersucht?

 nein

 ja wann? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_

weshalb? \_\_\_\_\_

1) Hat es in Ihrer engeren Familie (Eltern, Geschwister) ernsthafte Erkrankungen gegeben?

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck                 | <input type="checkbox"/> Herz- und Gefäß-<br>Krankheiten | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Nerven- oder Muskelerkrankungen |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____                  |  |  |  |

2) Eigene Vorgeschichte

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten bzw. Krankheiten folgender Organe:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-, Kreislauf-,<br>Gefäßkrankungen | <input type="checkbox"/> Hoher / niedriger<br>Blutdruck | <input type="checkbox"/> Allergien          | <input type="checkbox"/> Asthma                                |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose                           | <input type="checkbox"/> Hepatitis                      | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung | <input type="checkbox"/> Andere<br>Infektionskrankheiten       |
| <input type="checkbox"/> Nervensystem                          | <input type="checkbox"/> Seelische Störungen            | <input type="checkbox"/> Epilepsie          | <input type="checkbox"/> Sucht                                 |
| <input type="checkbox"/> Haut                                  | <input type="checkbox"/> Augen                          | <input type="checkbox"/> Hals, Nase, Ohren  | <input type="checkbox"/> Bronchien / Lunge                     |
| <input type="checkbox"/> Magen / Darm                          | <input type="checkbox"/> Leber / Gallenblase            | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                     |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule                           | <input type="checkbox"/> Knochen- und<br>Gelenksystem   | <input type="checkbox"/> Rheuma             | <input type="checkbox"/> Unfälle/Verletzungen<br>Welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse                           | <input type="checkbox"/> Nieren / Harnwege              | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen  |  |

 Sonstige ernsthafte Erkrankungen:
   
\_\_\_\_\_

 Keine ernsthaften Erkrankungen

## 3) Stationäre Behandlungen

| Zeitpunkt / Dauer | Grund der Behandlung | Name und Ort des Krankenhauses / der Reha-Klinik |
|-------------------|----------------------|--|
|                   |                      |  |
|                   |                      |  |
|                   |                      |  |
|                   |                      |  |

## 4) Wurden ambulante Operationen durchgeführt?

| Zeitpunkt/Dauer | Operative Maßnahme | Name und Ort der Praxis / des Krankenhauses |
|-----------------|--------------------|---|
|                 |                    |   |
|                 |                    |   |
|                 |                    |   |
|                 |                    |   |

## 5) Welche Folgen sind von den Krankheiten oder Verletzungen zurückgeblieben?

---



---

## 6) Jetzige Beschwerden oder Krankheiten

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen                 | <input type="checkbox"/> Hörstörung          | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche                        | <input type="checkbox"/> Schwindel       |
| <input type="checkbox"/> Husten                       | <input type="checkbox"/> Heiserkeit          | <input type="checkbox"/> Atemnot                             | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen              | <input type="checkbox"/> Schmerzen           | <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden                   | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß    |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit / Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit    | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme / Gewichtszunahme   |  |
| <input type="checkbox"/> Angstgefühle                 | <input type="checkbox"/> nervöse Beschwerden | <input type="checkbox"/> Stimmungs- und Antriebsschwankungen |  |

Sonstige Beschwerden:

---



---

Keine Beschwerden

7) Besteht eine vom Versorgungsamt anerkannte Behinderung oder Schwerbehinderung?

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

Merkzeichen: \_\_\_\_\_

8) Beziehen Sie eine Rente?

nein

ja, weshalb \_\_\_\_\_ MdE: \_\_\_\_\_

seit wann \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Rente beantragt?

nein

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

9) Sind Sie zurzeit in Behandlung?

nein

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

10) Hausarzt / weitere behandelnde Ärzte / Therapeuten:

---

---

---

11) Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

nein  ja, welche \_\_\_\_\_

12) Betätigen Sie sich sportlich?  nein  ja

13) Rauchen Sie?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_ tägliche Menge \_\_\_\_\_

nicht mehr seit \_\_\_\_\_

14) Nehmen Sie alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich?

täglich  mehrmals wöchentlich  seltener  nie

15) Nehmen Sie Drogen / psychoaktive Substanzen zu sich?

- täglich     mehrmals wöchentlich     seltener     nie  
 wenn ja, welche \_\_\_\_\_

16) Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?     nein     ja

17) Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten?

- nein     ja, wie viele Tage \_\_\_\_\_

18) Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (Musterung/Einstellung)

- nein     ja, wo \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_

19) Größe: \_\_\_\_\_ cm;

19) Gewicht: \_\_\_\_\_ Kg

### Unterrichtung und persönliche Erklärung:

1. Diese Untersuchung erfolgt auf Grund § 10 Abs. 2 Hessisches Beamtenengesetz und dient der Feststellung meiner gesundheitlichen Eignung für die Berufung in ein Beamtenverhältnis.
2. Ich habe dem untersuchenden Arzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige Angaben gemacht.
3. Das Gesundheitsamt übersendet der personalführenden Stelle grundsätzlich nur ein Gesundheitszeugnis, das in der Regel das zusammenfassende Ergebnis der Untersuchung zu den im Gutachtenauftrag gestellten Fragen enthält. Das Gesundheitsamt teilt darin die tragenden Feststellungen und Gründe mit, soweit dies unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit für die zu treffende Entscheidung erforderlich ist. Dieser Anamnesebogen und der Befundbogen verbleiben beim Gesundheitsamt.
4. Bei konkreten Zweifeln an der Vollständigkeit oder Aussagefähigkeit des Gesundheitszeugnisses oder dem darin festgestellten Ergebnis der Beurteilung ist die personalführende 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. Nr. 3 gilt immer nur dann, wenn ich vor der Übermittlung vom untersuchenden Arzt über Inhalt und Umfang der gutachterlichen Feststellungen 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 Einzelfall bezeichnen.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift