

DER OBERBÜRGERMEISTER

Anamnesebogen zur gesundheitlichen Vorgeschichte zur Überprüfung der Dienstfähigkeit gem. §26 Abs.1 BeamStG

Mit diesem Fragebogen erhalten Sie die Möglichkeit, die erforderlichen Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten.

Der Fragebogen soll das Untersuchungsgespräch vorbereiten helfen. Er verbleibt in den Unterlagen beim Gesundheitsamt der Hansestadt Rostock.

Sie werden darauf hingewiesen, dass eine richtige medizinische Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes nur möglich ist, wenn Sie alle Angaben vollständig darlegen. Sollten Fragen bei der Beantwortung auftreten, kann eine weitere Klärung im Untersuchungsgespräch erfolgen.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

ausgewiesen durch:

- Personalausweis
 Reisepass

Anschrift:

Telefon:

Wann und wo wurden Sie zur Verbeamtung untersucht?

Beschreiben Sie kurz Ihre dienstlichen Aufgaben

Eigene Vorgeschichte:

Art und Zeitpunkt der Erkrankung

1. Leiden/ litten Sie an Erkrankungen
der folgenden Organe:

➤ Herz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
➤ Lunge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
➤ Leber / Galle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
➤ Nieren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
➤ Magen / Darm	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
➤ Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
➤ Gefäße	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
➤ Schilddrüse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
➤ Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
➤ Gelenke	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
➤ Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
➤ Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
➤ Augen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
➤ Ohren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
➤ Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
➤ Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

DER OBERBÜRGERMEISTER

2. Seit wann sind Sie arbeitsunfähig? Auf Grund welcher Erkrankung(en)?

3. Bei welchen (Fach-)Ärzten sind Sie in Behandlung?

4. Welche Maßnahmen wurden bereits durchgeführt, um die Dienstfähigkeit wieder herzustellen?

5. Beschreiben Sie kurz Ihre Beschwerden / Leistungseinschränkungen?

Erklärung des/ der zu Untersuchenden

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Ich bin von meinem Dienstherrn über den Grund der Untersuchung im Vorfeld informiert worden.

Ort, Datum:

Unterschrift: