

DER OBERBÜRGERMEISTER

**Anamnesebogen zur gesundheitlichen Vorgeschichte
zur Überprüfung der Notwendigkeit einer Rehabilitation gem. §35 Abs.1 BBhV**

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. Wie lange waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate arbeitsunfähig?

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

4. Welche ambulanten Maßnahmen wurden bereits durchgeführt?

5. Beschreiben Sie kurz Ihre Beschwerden / Leistungseinschränkungen?

6. Waren Sie bereits zur Kur / Reha? Wenn ja : wann und wo?

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: