

ER OBERBÜRGERMEISTER

**Anamnesebogen zur gesundheitlichen Vorgeschichte
für amtsärztliche Gesundheitszeugnisse zur Einstellung in ein Beamtenverhältnis**

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:

e-Mail:

Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z.B. Gesundheitsamt, Musterung?)

nein ja; wann und wo?

Gibt es in Ihrer Familie Vorerkrankungen (Eltern, Großeltern, Geschwister, eigene Kinder: z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Krebs, psychische-/neurologische Erkrankungen, frühes Versterben, o.ä.?)

nein ja; wer und was?

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
➤ Infektionskrankheiten	<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

ER OBERBÜRGERMEISTER

➤ Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
➤ Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
2. Wurden Sie bereits operiert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Was : Wann:
3. Hatten Sie Unfälle?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Was: Wann:
4. Wurden Sie stationär im Krankenhaus behandelt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Weshalb: Wann:
5. Wurde Sie in einer Rehaklinik behandelt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Weshalb: Wann:
6. Waren/ sind Sie in psychotherapeutischer/ psychiatrischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Weshalb: Therapeut:
7. Waren/ sind Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Weshalb: Arzt/Ärztin:
8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:
9. Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wieviel: Was:
10. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wieviel: Was:
11. Konsumierten/ konsumieren Sie sonstige Drogen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wieviel: Was:
12. Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Was: Wie oft:
13. Sind Sie schwerbehindert oder gleichgestellt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	GdB: Bis wann:
14. Haben Sie aktuell Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Welche:
15. Sonstiges:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Was:

Erklärung des/ der zu Untersuchenden

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Ich bin darüber unterrichtet, dass eine bewusste Verheimlichung überstandener und noch immer bestehender Krankheiten rechtliche Folgen haben kann und dass amtsärztliche Leistungen entsprechend der Gebührenordnung für Amtshandlungen im Bereich des Gesundheitswesens vom 31.03.1992 §1 kostenpflichtig sind.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das Zeugnis direkt an den Auftragsgeber geschickt werden darf.

Unterschrift: