

DIE OBERBÜRGERMEISTERIN

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
➤ Allergien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

DIE OBERBÜRGERMEISTERIN

➤ Sonstige Erkrankungen nein ja

2. Wurden Sie bereits operiert? nein ja Was :
Wann:

3. Hatten Sie Unfälle? nein ja Was:
Wann:

4. Wurden Sie stationär im Krankenhaus behandelt? nein ja Weshalb:
Wann:

5. Wurde Sie in einer Rehaklinik behandelt? nein ja Weshalb:
Wann:

6. Waren/ sind Sie in psychotherapeutischer/ psychiatrischer Behandlung? nein ja Weshalb:
Therapeut:

7. Waren/ sind Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? nein ja Weshalb:
Arzt/Ärztin:

8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? nein ja Welche:

9. Trinken Sie Alkohol? nein ja Wieviel:
Was:

10. Rauchen Sie? nein ja Wieviel:
Was:

11. Konsumierten/ konsumieren Sie sonstige Drogen? nein ja Wieviel:
Was:

12. Treiben Sie Sport? nein ja Was:
Wie oft:

13. Sind Sie schwerbehindert oder gleichgestellt? nein ja GdB:
Bis wann:

14. Haben Sie aktuell Beschwerden? nein ja Welche:

15. Sonstiges: nein 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: