**Anamnesebogen zur gesundheitlichen Vorgeschichte**

**für amtsärztliche Gesundheitszeugnisse zur Einstellung bei der Berufsfeuerwehr**

Der Fragebogen soll im Vorfeld klären, ob Sie für den Feuerwehr-Einsatzdienst gesundheitlich geeignet sind.

Sie werden darauf hingewiesen, dass eine medizinische Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes nur möglich ist, wenn Sie alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig machen. Ein Verschweigen von früheren oder bestehenden Erkrankungen oder Leiden führt bei späterem Bekanntwerden zu dienstlichen Konsequenzen, die bis zur Entlassung reichen können.

Die Überprüfung der gesundheitlichen Eignung im Vorfeld erfolgt durch den amtsärztlichen Dienst der Hanse-und Universitätsstadt Rostock. Die auftraggebende Stelle wird darüber informiert, ob (vorbehaltlich der arbeitsmedizinischen Untersuchung und der amtsärztlichen Untersuchung) die gesundheitliche Eignung für den Feuerwehr-Einsatzdienst vorliegt. Die Unterlagen verbleiben beim Gesundheitsamt Rostock.

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

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?

Körpergröße:      cm Körpergewicht:      kg

**Eigene Vorgeschichte:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Leiden/ litten Sie an Erkrankungen der folgenden Organe:
 |  |  | Art, Zeitpunkt und Dauer der ErkrankungWenn ja, bitte Befunde beilegen |
| * Herz / Blutdruck
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| * Lunge / Luftröhre
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| * Leber / Galle
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| * Nieren / Blase / Geschlechtsorgane
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| * Magen / Darm
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| * Diabetes / Stoffwechsel
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| * Gefäße
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| * Schilddrüse
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| * Wirbelsäule / Kopf
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| * Gelenke / Knochen
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| * Infektionskrankheiten
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| * Neurologische Erkrankungen
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| * Psychische Erkrankungen
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| * Augen / Brille
 | [ ]  nein | [ ]  ja | Dioptrien re:Dioptrien li: |
| * Ohren / Gleichgewicht / Schwindel
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| * Nase / Geruchssinn
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| * Zähne / Zahnfleisch
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| * Allergien
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| * Haut
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |
| * Sonstige Erkrankungen
 | [ ]  nein | [ ]  ja |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Wurden Sie bereits operiert?
 | [ ] nein  | [ ]  ja\* | Was : Wann: |  |
| 1. Hatten Sie Unfälle?
 | [ ] nein  | [ ]  ja\* | Was:Wann: |  |
| 1. Wurden Sie stationär im Krankenhaus behandelt?
 | [ ] nein  | [ ]  ja\* | Weshalb:Wann: |  |
| 1. Wurde Sie in einer Rehaklinik behandelt?
 | [ ] nein  | [ ]  ja\* | Weshalb:Wann: |  |
| 1. Waren/ sind Sie in

psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung: | [ ] nein  | [ ]  ja\* | Weshalb:Therapeut: |  |
| 1. Waren/ sind Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?
 | [ ] nein  | [ ]  ja\* | Weshalb:Arzt/Ärztin: |  |
| 1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
 | [ ] nein  | [ ]  ja\* | Welche: |  |
| 1. Trinken Sie Alkohol?
 | [ ] nein  | [ ]  ja | Wieviel:Was: |  |
| 1. Rauchen Sie?
 | [ ] nein  | [ ]  ja | Wieviel:Was: |  |
| 1. Konsumierten/ konsumieren Sie sonstige Drogen?
 | [ ] nein  | [ ]  ja | Wieviel:Was: |  |
| 1. Treiben Sie Sport?
 | [ ] nein  | [ ]  ja | Was:Wie oft: |  |
| 1. Sind Sie schwerbehindert oder gleichgestellt?
 | [ ] nein  | [ ]  ja | GdB:Bis wann: |  |
| 1. Haben Sie aktuell Beschwerden?
 | [ ] nein  | [ ]  ja\* | Welche: |  |
| 1. Sonstiges:
 | [ ] nein  | [ ]  ja\* | Was: |  |
| 1. nur für Frauen:

letzte Gynäkologische Untersuchung |  |  | Arzt:Wann: |  |

\*) ggfs. auf einem zusätzlichen Blatt notieren

Erklärung des/ der zu Untersuchenden

Ich versichere, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. (s.o.)

Mit der Übermittlung des Ergebnisses an die beauftragende Stelle bin ich einverstanden.

Ort, Datum:

Unterschrift: