



Hanse- und Universitätsstadt
ROSTOCK

DER OBERBÜRGERMEISTER

**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 Erkrankung
Wenn ja, bitte **Befunde** beilegen

➤ Herz / Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
➤ Lunge / Luftröhre	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
➤ Leber / Galle	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
➤ Nieren / Blase / Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
➤ Magen / Darm	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
➤ Diabetes / Stoffwechsel	<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 / Kopf	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
➤ Gelenke / Knochen	<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 / Brille	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Dioptrien re: Dioptrien li:



Hanse- und Universitätsstadt
ROSTOCK

DER OBERBÜRGERMEISTER

➤ Ohren / Gleichgewicht / Schwindel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
➤ Nase / Geruchssinn	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
➤ Zähne / Zahnfleisch	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
➤ Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
➤ Haut	<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:
16. 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: