**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 | nein | ja |  |
| * Lunge | nein | ja |  |
| * Leber / Galle | nein | ja |  |
| * Nieren | nein | ja |  |
| * Magen / Darm | nein | ja |  |
| * Diabetes | nein | ja |  |
| * Gefäße | nein | ja |  |
| * Schilddrüse | nein | ja |  |
| * Wirbelsäule | nein | ja |  |
| * Gelenke | nein | ja |  |
| * Infektionskrankheiten | nein | ja |  |
| * Neurologische Erkrankungen | nein | ja |  |
| * Psychische Erkrankungen | nein | ja |  |
| * Augen | nein | ja |  |
| * Ohren | nein | ja |  |
| * Allergien | 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. Wer ist ihr Hausarzt? |  |  | Arzt/Ärztin: |  |
| 1. letzte Zahnärztliche Vorsorge |  |  | Wann:  Arzt/Ärztin: |  |
| 1. Nur für Frauen:   Letzte Gynäkologische Vorsorge |  |  | Wann:  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: |  |

**Erklärung des/ der zu Untersuchenden**

Ich bin mit der Verwendung meiner vorherigen Untersuchungsergebnisse Einverstanden.

**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: