

Anamnesebogen und persönliche Erklärung

	Name (ggf. auch Geburtsname)
	Vorname
	wohnhaft, Straße, Nr.
	Postleitzahl, Wohnort
	Geburtsdatum
/	Gutachterauftrag vom / Az.
	auf Veranlassung
	wegen
	ausgewiesen durch

Wurden Sie bereits in einem Gesundheitsamt untersucht?

nein

ja Wann? _____ Wo? _____

Weshalb? _____

1) Hat es in Ihrer engeren Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) ernsthafte Erkrankungen gegeben?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-, Kreislauf-, Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> chronisches Rheuma | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Krebs-erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankung | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> keine ernsten Erkrankungen |

2. Eigene Vorgeschichte:

Folgende Krankheiten/Krankheiten folgender Organe/Behinderungen lagen vor/liegen noch vor:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-, Kreislauf-, Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> hoher / niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Bronchien / Lunge | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Magen / Darm | <input type="checkbox"/> Leber / Gallenblase | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Nieren / Harnwege | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> andere Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung | <input type="checkbox"/> Suchterkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nervensystem | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Suchterkrankung |
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> Hals, Nase, Ohren | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Knochen- und Gelenksystem | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Unfälle / Verletzungen |
| <input type="checkbox"/> keine ernsten Erkrankungen | | | |

3. Stationäre Behandlungen / ambulante Operationen

Zeitpunkt / Dauer	Grund der Behandlung / operative Maßnahmen	Name und Ort des Krankenhauses / der Rehaklinik /der Praxis

4. Welche Folgen sind von den Krankheiten oder Verletzungen zurückgeblieben?

5. Jetzige Beschwerden oder Krankheiten:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Hörstörungen | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Heiserkeit | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden | <input type="checkbox"/> Zittern | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit/
Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme/
Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Verdauungs-
beschwerden |
| <input type="checkbox"/> schmerzhaftes
Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Knochen- und / oder
Gelenkbeschwerden | <input type="checkbox"/> Rücken-
beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> nervöse
Beschwerden | <input type="checkbox"/> Angstgefühle | <input type="checkbox"/> Stimmungs- und
Antriebs-
schwankungen |
| <input type="checkbox"/> keine Beschwerden | | | |
- sonstige Beschwerden: _____

6. Beziehen Sie eine Rente?

nein ja, weshalb _____ MdE _____

Haben Sie eine Rente beantragt?

nein ja, weshalb _____

7. Besteht eine vom Versorgungsamt anerkannte Behinderung oder Schwerbehinderung?

nein ja, weshalb _____ dabei GdB _____

Merkzeichen: _____

8. Sind Sie zurzeit in medizinischer Behandlung?

nein ja, weshalb _____

9. Hausarzt / weitere behandelnde Ärzte / Therapeuten:

10. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

nein ja, welche _____

11. Betätigen Sie sich sportlich?

nein ja

12. Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?

nein ja

13. Tragen Sie eine Sehhilfe?

nein ja: Brille Kontaktlinsen

14. Rauchen Sie?

nein ja, seit _____ tgl. Menge _____

nicht mehr seit _____

15. Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

täglich mehrmals wöchentlich

seltener nie

16. Nehmen Sie Drogen / psychoaktive Substanzen zu sich?

täglich mehrmals wöchentlich seltener nie

wenn ja, welche? _____

17. Wurden Sie schon einmal auf ihre gesundheitliche Eignung untersucht? (Musterung / Einstellung)

nein ja, wo _____ Ergebnis: _____

Unterrichtung und persönliche Erklärung:

- Die Datenerhebung bei dieser Untersuchung erfolgt aufgrund von §§ 18, 18 a der Zweiten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens in Verbindung mit den einschlägigen arbeits- und beamtenrechtlichen Vorschriften.
- Ich habe dem untersuchenden Arzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige Angaben gemacht.
- Das Gesundheitsamt übersendet der auftraggebenden personalführenden Stelle grundsätzlich nur ein Gesundheitszeugnis, das in der Regel lediglich das zusammenfassende Ergebnis der Untersuchung zu dem im Gutachtenauftrag gestellten Fragen enthält.
- Bei konkreten Zweifeln an der Vollständigkeit oder Aussagefähigkeit des Gesundheitszeugnisses oder dem darin festgestellten Ergebnis der Beurteilung ist die auftraggebende Stelle berechtigt und das Gesundheitsamt verpflichtet, die für das Gesundheitszeugnis maßgeblichen Einzeldaten zu übermitteln. Dies gilt auch, wenn die Einzeldaten für gerichtliche Streitverfahren benötigt werden.
- Nr. 4 gilt immer nur dann, wenn ich vor der Übermittlung vom untersuchenden Arzt über Inhalt und Umfang der gutachterlichen Feststellungen aufgeklärt worden bin und mich schriftlich mit der Übermittlung einverstanden erklärt habe.
- Ich bin weiter darüber informiert, dass ich Einsicht in die bei meiner Untersuchung gemachten Aufzeichnungen nehmen kann.
- Soweit zur Durchführung der Untersuchung die Beiziehung von Unterlagen von Ärzten oder Krankenhäusern, die mich behandelt oder untersucht haben, erforderlich ist, erfolgt die Entbindung von der Schweigepflicht auf gesonderten Formularen, die den betroffenen Arzt, den Untersuchungszweck sowie die angeforderten Unterlagen im Einzelnen bezeichnen.