

# 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"/> Allergien                    |
| <input type="checkbox"/> Haut                                 | <input type="checkbox"/> Augen                       | <input type="checkbox"/> Hals, Nase, Ohren  | <input type="checkbox"/> Unfälle / Verletzungen       |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule                          | <input type="checkbox"/> Knochen- und Gelenksystem   | <input type="checkbox"/> Rheuma             |   |
| <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/<br>Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit       | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme/<br>Gewichtszunahme      | <input type="checkbox"/> Verdauungs-<br>beschwerden                  |
| <input type="checkbox"/> schmerzhaftes<br>Wasserlassen  | <input type="checkbox"/> Rheuma                 | <input type="checkbox"/> Knochen- und / oder<br>Gelenkbeschwerden | <input type="checkbox"/> Rücken-<br>beschwerden                      |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen                      | <input type="checkbox"/> nervöse<br>Beschwerden | <input type="checkbox"/> Angstgefühle                             | <input type="checkbox"/> Stimmungs- und<br>Antriebs-<br>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 den 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.

Erbach, \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_