

Fachdienst Gesundheit Schwerin, Amtsärztlicher Dienst

Angaben zur Vorgeschichte

(mit diesem Fragebogen erhalten Sie die Möglichkeit, in Ruhe vor der Untersuchung, die erforderlichen Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten.)

Der Fragebogen soll das Untersuchungsgespräch vorbereiten helfen. Er verbleibt in den Unterlagen beim Gesundheitsamt.

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: _____
(ggf. auch Geburtsname)

Geburtsdatum: _____ ausgewiesen durch: _____

wohnhaft: _____
(Straße, Hausnummer, Wohnort)

Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z.B. Gesundheitsamt, Musterung)?

nein ja Wann und wo? _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe/Organsysteme (Falls ja, erläutern Sie bitte. Falls nein, tragen Sie bitte „nein“ ein.)

Herz-, Kreislauf, Blutgefäße	
Lunge/Bronchien	
Magen/Darm/Leber/Galle/ Bauchspeicheldrüse	
Niere/Blase/Geschlechts- organe	
Augen/Ohren	
Mund/Rachen/Hals	
Wirbelsäule/Gelenke	
Nervensystem/Psych	
Stoffwechsel/Hormone (z.B. Diabetes, Gicht, Schilddrüse)	
Haut / Allergien	
Bösartige Erkrankungen	
Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, AIDS)	
Hatten Sie Unfälle oder Ver- letzungen?	
Sonstiges	

Haben Sie schon einmal im Krankenhaus gelegen, haben Sie eine Kurmaßnahme durchgeführt oder einen sonstigen stationären Aufenthalt? Wenn ja, wann, wo und warum?

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit? _____

Welche Impfungen haben Sie erhalten? _____

Haben Sie eine Rente beantragt und/oder besteht Erwerbsminderung?

nein ja, weshalb

Sind Sie schwerbehindert? nein ja, GdB = _____

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig und/oder sind Sie in Ihrer Dienstausbung eingeschränkt?

nein ja, weil _____

Wurde bei Ihnen eine Pflegestufe / Pflegebedarf festgestellt?

nein ja, Pflegestufe _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

nein ja, welche _____

Name, Anschrift und Telefonnummer der behandelnden Ärzte

Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig? nein ja

Betätigen Sie sich sportlich? nein ja

Tragen Sie eine Sehhilfe? nein ja

Rauchen Sie? nein ja, wie viel _____

Wie viel Alkohol einschl. Bier trinken Sie pro Woche? _____

Konsumieren Sie andere Drogen (ggf. erläutern)? _____

Ich habe dem untersuchenden Arzt/der untersuchenden Ärztin zu meinem Gesundheitszustand vollständige und richtige Angaben gemacht.

(Datum/Unterschrift)