

Datum:

Name	Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort	
Telefon/ Handy privat	geschäftlich	
E-Mail-Adresse		
Familienstand	Kinder	Geburtsjahr/e
Beruf	Untersuchungsanlass: (siehe Einladung)	

**Unterrichtung und persönliche Erklärung:**

1. Die Datenerhebung bei dieser Untersuchung erfolgt aufgrund von § 18 des HGöGD in Verbindung mit den einschlägigen arbeits- und beamtenrechtlichen Vorschriften.
2. Ich habe dem untersuchenden Arzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige Angaben gemacht.
3. Das Gesundheitsamt übersendet der auftraggebenden personalführenden Stelle grundsätzlich nur ein Gesundheitszeugnis, das in der Regel lediglich das zusammenfassende Ergebnis der Untersuchung zu dem im Gutachtauftrag gestellten Fragen enthält.
4. 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.
5. Punkt 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.
6. Ich bin weiter darüber informiert, dass ich Einsicht in die bei meiner Untersuchung gemachten Aufzeichnungen nehmen kann.
7. 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.

---

Datum / Unterschrift

Name: \_\_\_\_\_

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

nein       ja    wann? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_  
 weshalb? \_\_\_\_\_ Ergebnis: \_\_\_\_\_

**2. Haben Sie eine Rente beantragt?**

nein       ja, weshalb \_\_\_\_\_ dabei Minderung der Erwerbsfähigkeit: \_\_\_\_\_

**3. Besteht eine Behinderung oder liegt ein Bescheid des Versorgungsamtes über eine Behinderung bzw. Schwerbehinderung vor?**

nein       ja, weshalb \_\_\_\_\_ dabei Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_

**4. Eigene Vorgeschichte: Folgende Krankheiten / Krankheiten folgender Organe / Behinderungen lagen vor / liegen noch vor?**

<input type="checkbox"/> Keine Krankheiten oder Behinderungen			
<input type="checkbox"/> Röteln / Scharlach	<input type="checkbox"/> Hals / Nasen / Ohren	<input type="checkbox"/> Mandelentzündung	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Knochenbruch	<input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Trauma	<input type="checkbox"/> Knochen- und Gelenk-system, Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> hoher / niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Krampfadern, Thrombose, Embolie	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Unterleib / Brust	<input type="checkbox"/> Magen und Darm	<input type="checkbox"/> Allergien / Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Schilddrüse
<input type="checkbox"/> Bronchien / Lunge	<input type="checkbox"/> Gallenblase	<input type="checkbox"/> Blase und Nieren	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten	<input type="checkbox"/> körperliche / geistige / seelische Behinderung	<input type="checkbox"/> Gelbsucht
<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Nerven <input type="checkbox"/> seelische Erkrankungen			<input type="checkbox"/> Sonstiges

Andere Erkrankungen / Bemerkungen:

---

---

---

Name:

**Stationäre Aufenthalte, Kuraufenthalte** (siehe auch nächster Punkt) **Nichtzutreffende Felder bitte streichen**

Jahr Beispiel: Juni 1999	Dauer 1 Woche	Einrichtung Universitätsklinik Frankfurt	Grund Meniskus - OP rechts
1.			
2.			
3.			

**Eigene Vorgeschichte: Ambulante Behandlungen: auch Untersuchungen wie z.B., Magen-, Darm-Spiegelung oder Operationen** **Nichtzutreffende Felder bitte streichen**

Jahr	Dauer	Einrichtung	Grund
1.			
2.			
3.			

**Psychotherapie / Krankengymnastik** **Nichtzutreffende Felder bitte streichen**

Jahr	Dauer	Einrichtung	Grund

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

Keine

---



---

6. Jetzige Beschwerden oder Krankheiten

<input type="checkbox"/> keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> schmerzhaftes Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Anfälle
<input type="checkbox"/> nervöse Beschwerden	<input type="checkbox"/> Sehstörungen / Augenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Atemnot
<input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/> Stimmungs- und Antriebsschwankungen	<input type="checkbox"/> Nachtschweiß	<input type="checkbox"/> Husten
<input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme / -zunahme	<input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten / ehem. Suchtkrankh.	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Schmerzen
<input type="checkbox"/> Hals / Nase / Ohren	<input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Schwindel
<input type="checkbox"/> Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden	<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/> Zittern
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

Nähere Angaben:

---



---

7. Sind Sie zurzeit in Behandlung?

nein

ja, weshalb:

Weitere Bemerkung bitte auf der Rückseite vermerken

Name: \_\_\_\_\_

**8. Ergaben bildgebende Verfahren (Röntgen, CT, MRT) krankhafte Befunde?**

nein       ja, Ergebnis: \_\_\_\_\_

**9. Nehmen Sie zurzeit oder haben Sie in der Vergangenheit Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder Drogen eingenommen?**

nein       ja, welche: \_\_\_\_\_

**10. Namen des Hausarztes / der behandelnden Ärzte?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11. Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?**       nein  ja

**12. Betätigen Sie sich sportlich?**       nein  ja, \_\_\_\_\_

**13. Tragen Sie eine Sehhilfe?**  nein       ja:  Brille  Kontaktlinsen

**14. Rauchen Sie?**

nein  ja, seit \_\_\_\_\_ tägliche Menge: \_\_\_\_\_

**15. Nehmen Sie alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich?**

nein  gelegentlich  ja \_\_\_\_\_ Mengenangabe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Datum / Unterschrift**

*Weitere Bemerkung bitte auf der Rückseite vermerken*