

Name, Vorname		Geburtsname	Tel.Nr.
geboren am	in	Beruf	
wohnhaf in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)			

Angaben zur Untersuchung

1. Familienvorgeschichte (Eltern, Geschwister, Kinder)

folgende Krankheiten:

- | | | | |
|--|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Fettsucht | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> chronischer Rheumatismus | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | | |
| <input type="checkbox"/> keine ernsthaften Krankheiten bekannt | | | |

2. Eigene Vorgeschichte

folgende Krankheiten:

Krankheiten folgender Organe:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Blutgefäße | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bronchien/Lunge | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Harnblase | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Mandelentzündung | <input type="checkbox"/> Haut | |
| <input type="checkbox"/> Nerven- oder Geistes-
krankheiten (auch Anfälle) | <input type="checkbox"/> Herz | Erläuterungen der angegebenen
Erkrankungen:
.....
.....
.....
..... |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Leber | |
| <input type="checkbox"/> Kinderkrankheiten mit Folgen oder
Krankenhausbehandlungen | <input type="checkbox"/> Magen und Darm | |
| <input type="checkbox"/> keine ernsten Krankheiten oder Behinderungen | <input type="checkbox"/> Nieren | |
| | | |

3. Wurden Sie wegen eines bestimmten Leidens längere Zeit oder wiederholt behandelt?

(Wann und von wem?)

- nein ja, weshalb
- von wem

Fortsetzung „Wurden Sie wegen eines bestimmten Leidens längere Zeit oder wiederholt behandelt? (Wann und von wem?)“

- Krankenhausaufenthalte
(Jahr, Dauer, Grund)
- Kur- oder Sanatoriumsbehandlung
(Jahr, Ort, Grund)
- Operationen
- Bei Frauen: Geburten (Jahr)
- Fachärztliche
Behandlungen/Untersuchungen
- Psychotherapie
- Heilpraktiker
- andere

4. Sind Sie schwerbehindert

nein ja, weshalb / GdB: v.H.

5. Ist eine Schwerbehinderteneigenschaft beantragt?

nein ja, weshalb

6. Suchtkrankheit

nein ja, seit
abhängig von welcher Droge/welchem Stoff?

7. Unter welchen gesundheitlichen Störungen oder Beschwerden leiden Sie jetzt oder litten Sie in den vergangenen 3 Monaten (stichwortartige Angaben genügen, ggf. auf ein zusätzliches Blatt)

.....

.....

.....

.....

.....

8. Wie wirken sich Ihre gesundheitlichen Störungen auf Ihren Beruf oder Ihre Tätigkeit aus?

.....

.....

.....

.....

16. Rauchen Sie?

nein ja seit wieviel/wovon

17. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschl. Bier) zu sich?

nein ja seit wieviel/wovon

18. Wurden Sie schon einmal in einem Gesundheitsamt oder von einer Untersuchungsstelle einer Regierung untersucht?

nein ja wo Ergebnis

Raum für zusätzliche Angaben:

Name, Vorname		Geburtsname	Tel.Nr.
geboren am	in	Beruf	
wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)			

Erklärung zur Beurteilungsgrundlage

Ich habe diese Angaben nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig gemacht. Ich habe dem untersuchenden Arzt alles mitgeteilt, was für eine Beurteilung meines Gesundheitszustandes von Bedeutung sein könnte.

Ich bin damit einverstanden, dass dem untersuchenden Arzt alle für die Beurteilung benötigten ärztlichen Befunde und Unterlagen zur Verfügung gestellt sowie Auskünfte erteilt werden. Zu diesem Zweck entbinde ich die Ärzte, Zahnärzte und Angehörigen anderer Heilberufe, die mich untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht.

Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass diese Beurteilungsgrundlage und die weiteren medizinischen Befunde und Unterlagen zur Klärung medizinischer Zweifelsfragen im erforderlichen Umfang innerhalb des ärztlichen Dienstes der Gesundheitsverwaltungen weitergegeben werden können.

.....
(Datum, Unterschrift)

Datenschutz

Die Datenschutz-Informationen nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) stellen wir bei <https://www.landratsamt-roth.de/datenschutz> als PDF-Dokument zur Verfügung.