**Beurteilungsgrundlage (bleibt im ärztlichen Dienst**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Zutreffendes bitte ankreuzen [x]  oder ausfüllen |
|  |  |
| Name, Vorname,  | Geburtsname |
| geboren am | in | Beruf |
| wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort,   |
| Telefonnummer | Mobilnummer | E-Mail-Adresse |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  amtsbekannt  | ausgewiesen durch: | [ ]  Reisepass | [ ]  Personalausweis |
| wurde zwecks       begutachtet:veranlasst von       mit Schreiben vom       Gz..       |

Angaben zur Untersuchung (ggf. auf separatem Blatt)

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Familienvorgeschichte** ( Eltern, Geschwister, Kinder)folgende Krankheiten: |
|  | [ ]  hoher Blutdruck | [ ]  krankhaftes Übergewicht | [ ]  Zuckerkrankheit | [ ]  Herz- und Kreislauferkrankungen |
|  | [ ]  Suchtkrankheiten | [ ]  rheumatische Erkrankungen | [ ]  Augenerkrankungen | [ ]  Krebs |
|  | [ ]  Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche | [ ]  Sonstiges       |
|  | [ ]  keine ernsten Krankheiten |  |
|  |  |
| **2.** | **Eigene Vorgeschichte**folgende Krankheiten: | Krankheiten folgender Organe: |  |
|  | [ ]  hoher Blutdruck | [ ]  Blutgefäße | [ ]  Nervensystem, Gehirn |
|  | [ ]  Allergien, Heuschnupfen, Asthma | [ ]  Bronchien/Lunge | [ ]  Augen |
|  | [ ]  chronische Lungenerkrankungen | [ ]  Gallenblase | [ ]  Ohren und Gleichgewichtssinn |
|  | [ ]  Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) | [ ]  Harnblase | [ ]  Schilddrüse |
|  | [ ]  chronische Infektionserkrankungen (z.B. Tuberkulose, Hepatitis B/C, HIV-Infektion/ AIDS-Erkrankung | [ ]  Haut | [ ]  Sonstiges |
|  |  | [ ]  Herz | [ ]        |
|  | [ ]  Mandelentzündungen, Scharlach | [ ]  Leber | [ ]        |
|  | [ ]  Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche | [ ]  Magen und Darm | [ ]        |
|  | [ ]  rheumatische Krankheiten | [ ]  Nieren | [ ]        |
|  | [ ]  Krebs | [ ]  Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke und Wirbelsäule) |
|  | [ ]  Sonstige: |  |  |  |
|  | [ ]  keine ernsten Krankheiten oder Behinderungen |  |
|  |  |
|  | Wurden Sie wegen eines bestimmten Leidens längere Zeit oder wiederholt behandelt? |
|  | [ ]  nein | [ ]  ja | weshalb |       |  |
|  |  |  | von wem |       |  |
|  | Krankenhausaufenthalte/Kuren(Jahr, Dauer, Grund) |       |  |
|  |  |       |  |
|  | Operationen (Jahr) |       |  |
|  |  |       |  |
|  | Bei Frauen: Geburten (Jahr) |       |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  , geb.  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | **Sind Sie schwerbehindert? Haben Sie Rente beantragt? Sind Sie gleichgestellt?** |
|  | [ ]  nein | [ ]  ja, | weshalb       | / GdB       |
|  |  |  |  |
| **4.** | **a) Stehen Sie zurzeit in medizinischer Behandlung?** |  |
|  | [ ]  nein | [ ]  ja, | bei wem / weshalb       |
|  | **b) Nehmen Sie Medikamente ein?** |
|  | [ ]  nein | [ ]  ja, | weshalb       | Präparate/ seit wann?:       |
|  | Präparate/ seit wann?:       |
|  |  |  |  |  |  |
| **5.** | **Suchtkrankheit?** |
|  | [ ]  nein | [ ]  ja, | seit       |
|  |  |  | abhängig von welcher Droge       |
|  |  |  |  |
| **6.** | **Jetzige Beschwerden oder Krankheiten** |
|  | [ ]  Appetitlosigkeit/Gewichtsabnahme | [ ]  Beschwerden der Verdauung/des Stuhlgangs | [ ]  Nachtschweiß |
|  | [ ]  Atemnot | [ ]  Husten | [ ]  nächtliches Wasserlassen |
|  | [ ]  Zuckerkrankheit | [ ]  andere Stoffwechselstörung (z.B. Gicht/Fette) | [ ]  hoher Blutdruck |
|  | [ ]  rheumatische Beschwerden | [ ]  Psychische Beschwerden (z.B. Depression, Angst) | [ ]  Schlafstörungen |
|  | [ ]  Hörstörungen/Tinnitus | [ ]  Sehstörungen (z.B. Doppelbilder, Nachtblindheit) | [ ]  Gleichgewichtsstörung/Schwindel |
|  | [ ]  Kopfschmerzen | [ ]  Schmerzen und Bewegungseinschränkungen | [ ]  Schmerzen anderer Lokalisationen: |
|  |  |  an der Wirbelsäule und am Bewegungsapparat |  |       |
|  | [ ]  Sonstiges:       |
| [ ]  keine Beschwerden |
|  |  |
| **7.** | **Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?** |
|  | [ ]  ja | [ ]  nein |  |
|  |  |  |  |
| **8.** | **Tragen Sie eine Sehhilfe?** | Stärke der Sehhilfe: | rechts: sph       zyl.       |
|  | [ ]  nein | [ ]  ja | [ ]  Brille | [ ]  Kontaktlinsen |  | Links: sph       zyl.       |
|  |  |  |  |  |
| **9.** | **Rauchen Sie? Haben Sie früher geraucht?** |
|  | [ ]  nein | [ ]  ja | von       | bis       | wieviel / wovon       |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **10.** | **Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich? Haben Sie früher regelmäßig konsumiert?** |
|  | [ ]  nein | [ ]  ja | von       | bis       | wie viel / wovon       |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **11.** | **Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht ( z. B. Musterung)?** |
|  | [ ]  nein | [ ]  ja | wo       | Ergebnis       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname,  | Geburtsname |
| geboren am | in |
| wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort,   |
| [ ]  amtsbekannt  | ausgewiesen durch: | [ ]  Reisepass  | [ ]  Personalausweis |
| Begutachtendes Gesundheitsamt:      Begutachtende Regierung:       | Gesundheitszeugnis vom:       |

Hiermit willige ich, , geb. am , wh.  ausdrücklich ein, dass dem Gesundheitsamt Roth alle ärztlichen Befunde und Unterlagen, die zu dem Zweck der ärztlichen Begutachtung hinsichtlich       *(Angabe von Organen, Körperfunktionen, Symptomen oder Befunden aus der eigenen Anamnese/Untersuchung)* erforderlich sind, zur Verfügung gestellt sowie entsprechende Auskünfte erteilt werden.

Zu diesem Zweck entbinde ich die folgenden Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte bzw. Angehörigen anderer Heilberufe, die mich untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht:

     ……………………………………………………………………..

     ……………………………………………………………………..

     ……………………………………………………………………..

     ……………………………………………………………………..

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Einwilligung und Schweigepflichtentbindung verweigern kann. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Gesundheitsamt Roth mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Erklärung zur Einwilligung und Schweigepflichtsentbindung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt. Sollte ich diese Erklärung verweigern oder widerrufen kann dies zur Folge haben, dass seitens des Gesundheitsamtes Roth kein abschließendes Gesundheitszeugnis ausgestellt werden kann.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ort, Datum      |
| Unterschrift |
|       |