



Sozialmedizin und Gutachten

Beurteilungsgrundlage

(bleibt beim ärztlichen Dienst)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Name, Geburtsname, Vorname

geboren am

in

Beruf

Wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

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"/> Fettsucht | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> chronischer Rheumatismus |
| <input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | |

keine ernsten Krankheiten

2. Eigene Vorgeschichte folgende Krankheiten

- Allergien
- Asthma
- Diphtherie
- Gelbsucht
- Mandelentzündungen
- Nerven- oder Geisteskrankheiten
(auch Anfälle oder Selbstmordversuche)
- Rheuma
- Kinderkrankheiten in Folge oder
Krankenhausbehandlungen

Krankheiten folgender Organe:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blutgefäße | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Bronchien / Lunge | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Harnblase | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Haut | |
| <input type="checkbox"/> Herz | |
| <input type="checkbox"/> Leber | |
| <input type="checkbox"/> Magen und Darm | |
| <input type="checkbox"/> Nieren | |

Erläuterungen der
angegebenen
Erkrankungen

keine ernsten Krankheiten oder Behinderungen



Sozialmedizin und Gutachten

3. Wurden Sie wegen eines bestimmten Leidens längere Zeit oder wiederholt behandelt? (wann und von wem?)

nein ja, weshalb
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?



Sozialmedizin und Gutachten

9. Halten Sie sich für arbeitsfähig / dienstfähig?

- ja nein, weil
- nur Teilweise

10. Bei welchen Ärzten sind Sie in letzter Zeit behandelt worden? (Name, Anschrift)

- Hausarzt
- Orthopäde
- Internist
- Nervenarzt
- HNO-Arzt
- Psychotherapeut
- andere

11. a) Behandlungen beim Heilpraktiker?

11. b) Andere Behandlung?

11. c) Wer hat Sie zuletzt krankgeschrieben?

12. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

- nein ja, welche, wie viel, wie oft

13. Tragen Sie eine Sehhilfe?

- nein ja Brille Kontaktlinsen

14. Rauchen Sie?

- nein ja seit wie viel / wovon

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

- nein ja seit wie viel / wovon



Sozialmedizin und Gutachten

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

nein ja, wann wo

Ergebnis:

Erklärung

Ich habe diese Angaben nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig gemacht. Ich habe dem untersuchenden Arzt alles mitgeteilt, was für die 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 (Ärzte an Gesundheitsämtern, Regierungen und im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit) weitergegeben werden können. Dies kann insbesondere dann der Fall sein, wenn ich gegen die Entscheidung, die aufgrund dieser Begutachtung erfolgt, Widerspruch einlege.

Ich bin damit einverstanden, dass das Gesundheitszeugnis an die für die dienstrechtliche Entscheidung zuständige Behörde weitergegeben wird.

(Ort, Datum)

Unterschrift

Raum für zusätzliche Angaben: