



## 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**

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: