



Sozialmedizin und Gutachten

Beurteilungsgrundlage

(bleibt im amtsärztlichen Dienst)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Name, Geburtsname, Vorname		
geb. am	in	Beruf
wohhaft in (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		
Telefonnummer	Mobilnummer	E-Mail-Adresse
amtsbekannt <input type="checkbox"/>	ausgewiesen durch: <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis	
wurde zwecks begutachtet		
veranlasst von mit Schreiben vom Gz.		

Angaben zur Untersuchung (ggf. auf separatem Blatt)

1. Familienvorgeschichte (Eltern, Geschwister, Kinder)
folgende Krankheiten:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> krankhaftes Übergewicht | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislauferkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten | <input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten | <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche | | <input type="checkbox"/> Sonstiges | |
| <input type="checkbox"/> keine ernsten Krankheiten | | | |

2. Eigene Vorgeschichte
folgende Krankheiten:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Allergien, Heuschnupfen, Asthma |
| <input type="checkbox"/> chronische Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) |
| <input type="checkbox"/> chronische Infektionserkrankungen
(z. B. Tuberkulose, Hepatitis B/C, HIV-Infektion/
AIDS-Erkrankung) |
| <input type="checkbox"/> Mandelentzündungen, Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche |
| <input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: |
| <input type="checkbox"/> keine ernsten Krankheiten oder Behinderungen |

Krankheiten folgender Organe:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blutgefäße | <input type="checkbox"/> Nervensystem, Gehirn |
| <input type="checkbox"/> Bronchien/Lunge | <input type="checkbox"/> Augen |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Ohren und Gleichgewichtssinn |
| <input type="checkbox"/> Harnblase | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Herz | |
| <input type="checkbox"/> Leber | |
| <input type="checkbox"/> Magen und Darm | |
| <input type="checkbox"/> Nieren | |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke und Wirbelsäule) | |



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)

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 Drogen

6. Jetzige Beschwerden oder Krankheiten

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit/Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> Beschwerden der Verdauung/des Stuhlgangs | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> andere Stoffwechselstörung (z. B. Gicht/Fette) | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden | <input type="checkbox"/> Psychische Beschwerden (z. B. Depression, Angst) | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen/Tinnitus | <input type="checkbox"/> Sehstörungen (z. B. Doppelbilder, Nachtblindheit) | <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung/Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schmerzen und Bewegungseinschränkungen
an der Wirbelsäule und am Bewegungsapparat | <input type="checkbox"/> Schmerzen
anderer Lokalisation: |
- Sonstiges:
- keine Beschwerden

7. Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?

nein ja

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 wieviel/wovon

11. Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z. B. Musterung)?

nein ja, wann wo

Erklärung

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 den Gesundheitsämtern, Regierungen und im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) weitergegeben werden können. Ich habe dem untersuchenden Arzt alles mitgeteilt, was für die Beurteilung meines Gesundheitszustands von Bedeutung sein könnte.

Für Ergänzungen bitte ein Zusatzblatt anlegen!

.....
(Ort, Datum)

Unterschrift