



ANGABEN ZUR VORGESCHICHTE

Familienname:	ggf. Geburtsname:	Vorname:	geboren am:
Anschrift (Straße/Hausnummer/PLZ/Ort):			

Ihre vollständigen und richtigen Angaben zur Vorgeschichte sind wesentliche Grundlagen für das ärztliche Gutachten oder Zeugnis.

Füllen Sie deshalb bitte den Bogen so vollständig wie möglich aus!

Der Bogen mit Ihren Angaben bleibt beim ärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes, die das Gutachten oder Zeugnis veranlassende Stelle erhält lediglich eine zusammenfassende gutachterliche Bewertung in Form eines amtsärztlichen Gutachtens oder Zeugnisses. Einzelheiten erfährt die Dienststelle nur mit Ihrem Einverständnis, es sei denn, deren Kenntnis ist im Falle eines Gutachtens oder Zeugnisses im Rahmen der Feststellung von Dienstunfähigkeit unabdingbar.

1. Sind Sie schon früher in einem Gesundheitsamt untersucht worden?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
wann?	wo?	weshalb?

2. Hat Sie schon einmal eine andere Stelle auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z.B. Musterung)?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
wann?	wo?	weshalb?
Ereignis:		

3. Hat es in Ihrer engeren Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) ernste Krankheiten gegeben oder gibt es solche?		
<input type="checkbox"/> ja und zwar:		
<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> chron. Rheumatismus	<input type="checkbox"/> Allergie
<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Suchtkrankheit	
<input type="checkbox"/> psychiatrische Krankheit, auch Selbsttötung/-versuch		
<input type="checkbox"/> andere:		
<input type="checkbox"/> nein		

4. Leben Ihre:		
Eltern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geschwister?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

5. Eigene Vorgeschichte Folgende Krankheiten/Krankheiten folgender Organe/Behinderungen lagen vor/liegen noch vor:	
<input type="checkbox"/> Röteln (bei Frauen)	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Nieren
<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Harnblase
<input type="checkbox"/> Herz	<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheit
<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Krampfadern, Thrombose, Embolie
<input type="checkbox"/> Atemwege	<input type="checkbox"/> Rheumatismus
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Gicht
<input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Knochen, Gelenke, Wirbelsäule
<input type="checkbox"/> Mandelentzündung	<input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung
<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> psychische Krankheit
<input type="checkbox"/> Magen-Darm	<input type="checkbox"/> körperliche/geistige/seelische Behinderung
<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Unfälle:
<input type="checkbox"/> Gallenblase	<input type="checkbox"/> Operationen:
<input type="checkbox"/> Gelbsucht	<input type="checkbox"/> andere Krankheit(en)/Behinderung(en):

Wann?	Krankheit	Dauer	Behandelnder Arzt/Krankenhaus oder Sanatorium/Kurarzt
Beispiel Sommer 1969 Winter 1970	Scharlach Unterarmbruch rechts	4 Wochen 3 Wochen	Dr. Barth/Flöha Kreiskrankenhaus Oschatz

Welche Folgen von Krankheiten oder Verletzungen sind zurückgeblieben?

Bei Frauen: Geburten (Angabe des Jahres)

6. Jetzige Beschwerden	
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Herzbeschwerden
<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen
<input type="checkbox"/> Sehstörung	<input type="checkbox"/> Verdauungs-/ Stuhlgangsbeschwerden
<input type="checkbox"/> Augenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit
<input type="checkbox"/> Hörstörung	<input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme
<input type="checkbox"/> Hals-/ Nasen-/ Ohrenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen
<input type="checkbox"/> Anfälle	<input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden
<input type="checkbox"/> Zittern	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen
<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> andere Schmerzen
<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> psychische Beschwerden, Stimmungs-/Antriebsstörungen
<input type="checkbox"/> andere:	
<input type="checkbox"/> keine	

7. Haben Sie Rente beantragt?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Grund:
8. Sind Sie schwerbehindert?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Grund: GdB in %:

9. Wurden früher Röntgenuntersuchungen durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Bitte bringen Sie nach Möglichkeit Bilder und Befunde zum Untersuchungstermin mit.)

10. Sind Sie zur Zeit in Behandlung?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Grund:
11. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja welche? seit:
12. Namen der behandelnden Ärzte/Therapeuten:	

13. Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein Grund:
14. Treiben Sie Sport?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja welchen?
15. Tragen Sie eine Sehhilfe?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen
Glasstärke	
rechts:	links:

16. Rauchen Sie?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit dem Jahr: tägliche Menge:
17. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit dem Jahr: tägliche Menge:
18. Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten regelmäßig Medikamente genommen?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: welche?
19. Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten gelegentlich oder regelmäßig illegale Drogen zu sich genommen?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit: welche?

Erklärung:

1. Ich habe dem begutachtenden Arzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige Angaben gemacht.
2. Das Gesundheitsamt überlässt der das Gutachten/Zeugnis veranlassenden Stelle grundsätzlich nur das Gutachten/Zeugnis. Es enthält in der Regel nur das zusammenfassende Ergebnis der Begutachtung zu den gestellten Fragen.
3. Bei begründetem Zweifel an Vollständigkeit, Aussagefähigkeit oder Ergebnis des Gutachtens/Zeugnisses ist die veranlassende Stelle berechtigt und das Gesundheitsamt verpflichtet, die für das Gutachten/Zeugnis maßgeblichen Einzeldaten zu übermitteln. Das gilt auch, wenn diese für ein Gerichtsverfahren benötigt werden.
4. Bei einer Untersuchung, der ich mich freiwillig unterziehe, gilt Nummer 3 nur, wenn mich der begutachtende Arzt, bevor er Einzeldaten übermittelt, über Inhalt und Umfang des Gutachtens/Zeugnisses aufgeklärt hat und ich mich schriftlich mit der Übermittlung einverstanden erklärt habe.
5. Ich weiß, dass ich die bei meiner Untersuchung gemachten Aufzeichnungen (außer persönliche Notizen des Arztes) einsehen kann.
6. Soweit es für die Begutachtung notwendig ist, Unterlagen von Ärzten oder Krankenhäusern beizuziehen, die mich untersucht oder behandelt haben, werde ich sie auf besonderen Formularen von der Schweigepflicht entbinden. Dabei wird der betreffende Arzt oder das betreffende Krankenhaus, der Untersuchungszweck und die benötigten Unterlagen im Einzelnen bezeichnet werden.
7. Ich weiß, dass es grundsätzlich meiner Einwilligung bedarf, wenn der begutachtende Arzt der veranlassenden Stelle mitteilt, es sei eine zusätzliche (fach-)ärztliche Untersuchung erforderlich.

 Ort, Datum

 Unterschrift des zu Begutachtenden bzw.
 Unterschrift des Sorgeberechtigten/Betreuers