

Beurteilungsgrundlage (bleibt im ärztlichen Dienst)

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ oder ausfüllen

Name, Geburtsname, Vorname		
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 Krankheiten ☐ Augenerkrankungen ☐ Krebs ☐ Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche ☐ Sonstiges ☐ keine ernsten Krankheiten	
2. Eigene Vorgeschichte, folgende Krankheiten: ☐ hoher Blutdruck ☐ Allergien, Heuschnupfen, Asthma ☐ chronische Lungenerkrankungen ☐ Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) ☐ chronische Infektionserkrankungen (z. B. Tuberkulose, Hepatitis B/C, HIV-Infektion/ AIDS-Erkrankung) ☐ Mandelentzündungen, Scharlach ☐ Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche ☐ rheumatische Krankheiten ☐ Krebs ☐ Sonstige: ☐ keine ernsten Krankheiten oder Behinderungen	Krankheiten folgender Organe: ☐ Blutgefäße ☐ Nervensystem, Gehirn ☐ Bronchien/Lunge ☐ Augen ☐ Gallenblase ☐ Ohren und Gleichgewichtssinn ☐ Harnblase ☐ Schilddrüse ☐ Haut ☐ Sonstiges ☐ Herz ☐ ☐ Leber ☐ ☐ Magen und Darm ☐ ☐ Nieren ☐ ☐ 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 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 an der Wirbelsäule und am Bewegungsapparat	☐ Schmerzen anderer Lokalisation:	
☐ 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 wieviel/wovon
11. Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z. B. Musterung)?			
☐ nein	☐ ja	wo Ergebnis	

Erklärung

Ich erkläre mich 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) verarbeitet werden können. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung verweigern kann. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Gesundheitsamt bzw. der Regierung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung 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 bzw. der Regierung kein abschließendes Gesundheitszeugnis ausgestellt werden kann. Ich habe dem untersuchenden Arzt alles mitgeteilt, was für die Beurteilung meines Gesundheitszustands von Bedeutung sein könnte.