

**Beurteilungsgrundlage** (bleibt im ärztlichen Dienst)

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ oder ausfüllen

|  |                   |   |
|--|-------------------|---|
| Name, Geburtsname, Vorname                       |                   |   |
| geboren am                                       | in                | Beruf   |
| wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)   |                   |   |
| <input type="checkbox"/> amtsbekannt             | ausgewiesen durch | <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis |
| wurde zwecks ..... begutachtet                   |                   |   |
| veranlasst von ..... mit Schreiben vom ..... Gz. |                   |   |

**Angaben zur Untersuchung**

**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:

- 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:

- |  |   |
|--|---|
| <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 .....

Bei Frauen: Geburten (Jahr) .....

**3. Sind Sie schwerbehindert? Haben Sie Rente beantragt?**

nein  ja, weshalb...../GdB :.....v. H.

**4. a) Stehen Sie zurzeit in medizinischer Behandlung?**

nein  ja, bei wem/weshalb.....

**b) Nehmen Sie Medikamente ein?**

nein  ja, weshalb..... seit .....

**5. Suchtkrankheit?**

nein  ja, seit.....  
abhängig von welcher Droge .....

**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: ..... |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: .....                 |  |  |
| <input type="checkbox"/> 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?**

nein  ja seit.....wie viel/wovon.....

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

nein  ja seit.....wie viel/wovon.....

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

nein  ja wo..... Ergebnis: .....

**Erklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass der untersuchenden Ärztin/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 Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und 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 (Ärztinnen und Ärzte an den Gesundheitsämtern, Regierungen und im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) weitergegeben werden können.

**Ich habe der untersuchenden Ärztin/dem untersuchenden Arzt alles mitgeteilt, was für die Beurteilung meines Gesundheitszustands von Bedeutung sein könnte.**

## Untersuchungsbefund

Größe (ohne Schuhe) in cm: ..... Gewicht (leicht bekleidet) in kg: ..... BMI (kg/m<sup>2</sup>): .....  
 Ergebnis der Urinuntersuchung (z. B. Teststreifen): ..... ggf. Taillenumfang: .....  
 ggf. Hüftumfang: .....

Puls: ...../min Blutdruck: rechter Arm: RR ...../..... mmHg linker Arm: RR ...../..... mmHg

Falls erforderlich Belastung, Art der Belastung.....

### Ohne Besonderheiten

- |   |                                 |                                  |
|---|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. Augen/Sehvermögen  | <input type="checkbox"/>        | o. B.                            |
| 2. Ohren/Hörorgan<br>(Tonaudiogramm)  | <input type="checkbox"/>        | o. B.                            |
| 3. Sprachorgan  | <input type="checkbox"/>        | o. B.                            |
| 4. Gesamteindruck/Gang  | <input type="checkbox"/>        | o. B.                            |
| 5. Allgemeinzustand   | <input type="checkbox"/>        | o. B.                            |
| 6. Haut und sichtbare Schleimhäute  | <input type="checkbox"/>        | o. B.                            |
| 7. Hals, Mundhöhle<br>(mit NAP und Schilddrüse)   | <input type="checkbox"/>        | o. B.                            |
| 8. Gebiss   | <input type="checkbox"/> gesund | <input type="checkbox"/> saniert |
| 9. Herz und Kreislauforgan/<br>periphere Durchblutung   | <input type="checkbox"/>        | o. B.                            |
| 10. Atmungsorgane   | <input type="checkbox"/>        | o. B.                            |
| 11. Bauchorgane/Hernien   | <input type="checkbox"/>        | o. B.                            |
| 12. Harn- u. Geschlechtsorgane<br>(Nierenlager)   | <input type="checkbox"/>        | o. B.                            |
| 13. Bewegungsapparat<br>(Zustand und Funktion von<br>Gliedermaßen und Wirbelsäule)  | <input type="checkbox"/>        | o. B.                            |
| 14. Neurologischer Befund   | <input type="checkbox"/>        | o. B.                            |
| 15. Gleichgewichtssinn<br>(Romberg-Test, Unterberger-<br>Tretversuch)   | <input type="checkbox"/>        | o. B.                            |
| 16. Psychischer Befund  | <input type="checkbox"/>        | o. B.                            |
| 17. Röntgenbefund Thorax<br>(nur, wenn aufgrund von<br>Anamnese, klinischen Befunden<br>oder besonderen Tätigkeits-<br>anforderungen notwendig) | <input type="checkbox"/>        | o. B.                            |

### 18. Impfberatung und Impfstatus (Kontrolle des Impfbuchs):

- Impfberatung durchgeführt     Impfberatung nicht durchgeführt, weil  Impfbuch nicht vorgelegt     Sonstiges: .....
- Impfstatus altersentsprechend     Impfstatus lückenhaft bezüglich der Impfung gegen.....
- Impfung durchgeführt gegen: .....

### 19. Bei Frauen, die einem erhöhten Rötelninfektionsrisiko ausgesetzt sind: Eine Untersuchung auf Rötelnantikörper

- wurde durchgeführt (Titer: \_\_\_\_\_)     wurde nicht durchgeführt, weil.....

## Zusatzbogen für die Begutachtung der Forstdiensttauglichkeit

### Anamnese und Untersuchungsbefund der Augen:

(Ergeben sich aus der Anamnese oder den Untersuchungen auffällige oder unklare Befunde, ist eine augenfachärztliche Untersuchung mit dem Formblatt der Anlage 4 zu veranlassen)

- A. - Sehhilfe:  nein  ja  Brille  Kontaktlinsen  
 Stärke der Sehhilfe: rechts: sph. zyl. links: sph. zyl.
- Früher beidseits gleich gut gesehen?:  ja  nein
- Schielen:  nein  ja; Okklusionstherapie:  nein  ja
- Erste Brille: ..... Lebensjahr
- Augen: Verletzungen, Operationen, Entzündungen:  nein  ja
- Augenerkrankungen (z. B. Glaukom, Netzhauterkrankungen):  nein  ja
- Augentropfentherapie:  nein  ja, welche .....

### B. Sehschärfe/Visus (ggf. korrigiert):

|       | Rechtes Auge | Linkes Auge |
|-------|--------------|-------------|
| Ferne |              |             |
| Nähe  |              |             |

### C. Augenstellung und Beweglichkeit:

- Rechtes Auge/Linkes Auge: frei beweglich  ja  nein
- Doppelbilder  nein  ja

### D. Gesichtsfeld: Konfrontationsperimetrie (orientierende „Fingerperimetrie“):

Grobe Gesichtsfeldaußengrenzen unauffällig:

Rechtes Auge:  ja  nein

Linkes Auge:  ja  nein

### E. Räumliches Sehen (Stereotest-Lang I oder II):

Alle Objekte wurden erkannt:  ja  nein

### F. Dämmerungssehen (anamnestisch):

Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Sehen nachts, z. B. beim Autofahren?  nein  ja

### G. Farbsehen (Prüfung mit geeignetem Test, z. B. pseudoisochromatischen Tafeln nach Ishihara oder Velhagen)

Alle Farbtafeln wurden erkannt:  ja  nein

### Mindestanforderungen:

- Sehvermögen:  
Die korrigierte Sehschärfe darf auf dem besseren Auge nicht weniger als 1,0 und auf dem anderen Auge nicht weniger als 0,8 betragen.
- Eine Beurteilung des Ergebnisses nach refraktionschirurgischen Eingriffen soll frühestens nach sechs Monaten erfolgen.
- Bei der ergänzenden augenfachärztlichen Untersuchung sind unter Berücksichtigung der Beschreibungen des Anforderungsprofils gemäß Anlage 1 der Bekanntmachung nicht zu korrigierende Augenfehler, Augenerkrankungen oder Schielen, die eine Forstdienst- oder Ausbildungsuntauglichkeit zur Folge haben, auszuschließen.
- Farbsehen: Bei auffälligen Befunden ist eine augenärztliche Untersuchung mit Bestimmung des Anomal-Quotienten erforderlich.
- Mit einer Verschlechterung des Gesichtsfeldes und der Sehleistung ist in absehbarer Zeit nicht zu rechnen.
- Intaktes Dämmerungssehvermögen
- Intaktes räumliches Sehen

20. Ergänzende Befunde  
(mit Untersuchungsdatum und -stelle)

Diagnose:

- kein wesentlich von der Norm abweichender Befund
- abweichende Befunde, Diagnosen mit den Auswirkungen auf Belastbarkeit und Prognose:

.....  
Ort, Datum

.....  
Gesundheitsamt: Ärztin/Arzt: