

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 vonmit Schreiben vomGz.		

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?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	weshalb
		von wem
Krankenhausaufenthalte/Kuren (Jahr, Dauer, Grund)	
	
Operationen	
	
Bei Frauen: Geburten (Jahr)	

3. Sind Sie schwerbehindert? Haben Sie Rente beantragt? Sind Sie gleichgestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weshalb...../GdB :.....		
4. a) Stehen Sie zurzeit in medizinischer Behandlung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei wem/weshalb..... b) nehmen Sie Medikamente ein? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weshalb..... seit		
5. Suchtkrankheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit..... abhängig von welcher Droge		
6. Jetzige Beschwerden oder Krankheiten <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit/Gewichtsabnahme</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Beschwerden der Verdauung/des Stuhlgangs</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Nachtschweiß</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Atemnot</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Husten</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> andere Stoffwechselstörung (z. B. Gicht/Fette)</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> hoher Blutdruck</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Psychische Beschwerden (z. B. Depression, Angst)</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Schlafstörungen</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Hörstörungen/Tinnitus</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Sehstörungen (z. B. Doppelbilder, Nachtblindheit)</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung/Schwindel</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Kopfschmerzen</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Schmerzen und Bewegungseinschränkungen an der Wirbelsäule und am Bewegungsapparat</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Schmerzen anderer Lokalisation:</div> </div> <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> keine Beschwerden		
7. Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
8. Tragen Sie eine Sehhilfe?		Stärke der Sehhilfe: rechts: sph.....zyl..... links: sph.....zyl.
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen		
9. Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit.....wie viel/wovon.....		
10. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit.....wie viel/wovon.....		
11. Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z. B. Musterung)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wo..... Ergebnis.....		

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.

Untersuchungsbefund

Größe (ohne Schuhe) in cm: Gewicht (leicht bekleidet) in kg: BMI (kg/m²):
 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
(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
(mit NAP und Schilddrüse) | <input type="checkbox"/> | o. B. |
| 8. Gebiss <input type="checkbox"/> gesund <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | saniert |
| 9. Herz und Kreislauforgan/
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
(Nierenlager) | <input type="checkbox"/> | o. B. |
| 13. Bewegungsapparat
(Zustand und Funktion von
Gliedermaßen und Wirbelsäule) | <input type="checkbox"/> | o. B. |
| 14. Neurologischer Befund | <input type="checkbox"/> | o. B. |
| 15. Gleichgewichtssinn
(Romberg-Test, Unterberger-
Tretversuch) | <input type="checkbox"/> | o. B. |
| 16. Psychischer Befund | <input type="checkbox"/> | o. B. |
| 17. Röntgenbefund Thorax
(nur, wenn aufgrund von
Anamnese, klinischen Befunden
oder besonderen Tätigkeits-
anforderungen notwendig) | <input type="checkbox"/> | o. B. |

Von der Norm abweichende Befunde (mit Bezugsnummer)

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.....

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: