

Beurteilungsgrundlage (bleibt im ärztlichen Dienst)

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen

Name, Geburtsname, Vorname		
geboren am	in	Beruf
wohnhafte in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefonnummer	Mobilnummer	E-Mail-Adresse
<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 (ggf. auf separatem Blatt)

1. Familienvorgeschichte (Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Krankheiten: <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> hoher Blutdruck</td> <td><input type="checkbox"/> krankhaftes Übergewicht</td> <td><input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit</td> <td><input type="checkbox"/> Herz- und Kreislauferkrankungen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten</td> <td><input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten</td> <td><input type="checkbox"/> Augenerkrankungen</td> <td><input type="checkbox"/> Krebs</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Sonstiges</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> keine ernsten Krankheiten</td> </tr> </table>		<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																		
<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: <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr><td><input type="checkbox"/> hoher Blutdruck</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Allergien, Heuschnupfen, Asthma</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> chronische Lungenerkrankungen</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> chronische Infektionserkrankungen (z. B. Tuberkulose, Hepatitis B/C, HIV-Infektion/ AIDS-Erkrankung)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mandelentzündungen, Scharlach</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Krebs</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sonstige:</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> keine ernsten Krankheiten oder Behinderungen</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Allergien, Heuschnupfen, Asthma	<input type="checkbox"/> chronische Lungenerkrankungen	<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 Krankheiten	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> keine ernsten Krankheiten oder Behinderungen	Krankheiten folgender Organe: <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blutgefäße</td> <td><input type="checkbox"/> Nervensystem, Gehirn</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bronchien/Lunge</td> <td><input type="checkbox"/> Augen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gallenblase</td> <td><input type="checkbox"/> Ohren und Gleichgewichtssinn</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Harnblase</td> <td><input type="checkbox"/> Schilddrüse</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Haut</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Herz</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leber</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Magen und Darm</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nieren</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke und Wirbelsäule)</td> </tr> </table>	<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"/>	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Magen und Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke und Wirbelsäule)	
<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck																																
<input type="checkbox"/> Allergien, Heuschnupfen, Asthma																																
<input type="checkbox"/> chronische Lungenerkrankungen																																
<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 Krankheiten																																
<input type="checkbox"/> Krebs																																
<input type="checkbox"/> Sonstige:																																
<input type="checkbox"/> keine ernsten Krankheiten oder Behinderungen																																
<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"/>																															
<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> Magen und Darm	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> Nieren	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke und Wirbelsäule)																																
Wurden Sie wegen eines bestimmten Leidens längere Zeit oder wiederholt behandelt? <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td>weshalb</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>von wem</td> </tr> </table> <p>Krankenhausaufenthalte/Kuren (Jahr / Dauer / Grund)</p> <p>Operationen (Jahr)</p> <p>Bei Frauen: Geburten (Jahr)</p>		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	weshalb			von wem																									
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	weshalb																														
		von wem																														

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	Präparate/ seit wann?:
Präparate/ seit wann?:			
5. Suchtkrankheit?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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?			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
8. Tragen Sie eine Sehhilfe?		Stärke der Sehhilfe: rechts: sph zyl.	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen
		links: sph zyl.	
9. Rauchen Sie? Haben Sie früher geraucht?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	von	bis wieviel/wovon
10. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich? Haben Sie früher regelmäßig konsumiert?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	von	bis wieviel/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/m ²):
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"/> 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 Gliedmaßen 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 Tätigkeitsanforderungen notwendig) <input type="checkbox"/> o.B.		Von der Norm abweichende Befunde (mit Bezugsnummer)
18. Impfberatung und Impfstatus (Kontrolle des Impfbuchs) : <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Impfberatung durchgeführt <input type="checkbox"/> Impfberatung nicht durchgeführt, weil, <input type="checkbox"/> Impfbuch nicht vorgelegt <input type="checkbox"/> sonstiges </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Impfstatus altersentsprechend <input type="checkbox"/> Impfstatus lückenhaft bezüglich der Impfung gegen </div> <div style="margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Impfung durchgeführt gegen: </div>		
19. Bei Frauen, die einem erhöhten Rötelninfektionsrisiko ausgesetzt sind: Eine Untersuchung auf Rötelnantikörper <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> wurde durchgeführt (Titer:) <input type="checkbox"/> wurde nicht durchgeführt, weil </div>		

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: