

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

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

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

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: