

**Beurteilungsgrundlage** (bleibt im ärztlichen Dienst)

(Stand\_05.03.2021)

Zutreffendes bitte ankreuzen ☑ oder ausfüllen

Name, Geburtsname, Vorname		
geboren am	in	Beruf
wohnhaft 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)**

<p><b>1. Familienvorgeschichte (Eltern, Geschwister, Kinder)</b> <b>folgende Krankheiten:</b></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 ernsten Krankheiten</p>																					
<p><b>2. Eigene Vorgeschichte, folgende Krankheiten:</b></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 ernsten Krankheiten oder Behinderungen</p>	<p>Krankheiten folgender Organe:</p> <table style="width: 100%;"> <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>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leber</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Magen und Darm</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nieren</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke und Wirbelsäule)</td> <td>.....</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"/> Leber	.....	<input type="checkbox"/> Magen und Darm	.....	<input type="checkbox"/> Nieren	.....	<input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke und Wirbelsäule)	.....
<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)	.....																				
<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 style="padding-left: 100px;">von wem .....</p> <p>Krankenhausaufenthalte/Kuren .....</p> <p>(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 zur Zeit in medizinischer Behandlung?**

nein  ja bei wem/weshalb .....

**b) nehmen Sie Medikamente ein?**

nein  ja weshalb .....

Präparate/seit wann? .....

**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 Stoffwechselstörungen (z. B. Gicht/Fette)                                     | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck                         |
| <input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden         | <input type="checkbox"/> Psychische Beschwerden (z. B. Depressionen, Angst)                                   | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen                         |
| <input type="checkbox"/> Hörstörungen/Tinnitus            | <input type="checkbox"/> Sehstörungen (z. B. Doppelbilder, Nachtblindheit)                                    | <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen/<br>Schwindel   |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                    | <input type="checkbox"/> Schmerzen und Bewegungseinschränkungen<br>an der Wirbelsäule und am Bewegungsapparat | <input type="checkbox"/> Schmerzen anderer<br>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 Sehhilfen: rechts: sph..... zyl.....

nein  ja  Brille  Kontaktlinsen links: sph:..... zyl:.....

**9. Rauchen Sie? Haben Sie früher geraucht?**

nein  ja von ..... bis ..... wie viel/wovon.

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

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 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 Gesundheitszustandes von Bedeutung sein könnte.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Unterschrift