

Angaben zur gesundheitlichen Vorgeschichte

für ein ärztliches Zeugnis zur Einstellung in ein Beamtenverhältnis von

(Name, Vorname, Titel)

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Wohnort)

(Geburtsdatum)

Bei der Einstellung in ein Beamtenverhältnis stellt eine ausreichende gesundheitliche Eignung eines der Entscheidungskriterien der personalführenden Stelle dar. Hierfür bittet Sie diese um die Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses. Das ärztliche Zeugnis soll dabei zu der Frage Stellung nehmen, ob aufgrund des bisherigen und derzeitigen Gesundheitszustandes mit erheblichen krankheitsbedingten Fehlzeiten und/oder vorzeitiger, krankheitsbedingter Dienstunfähigkeit zu rechnen ist. Eine anerkannte Schwerbehinderung wird dabei berücksichtigt.

Sie stellen sich jetzt zur Ausstellung eines entsprechenden ärztlichen Zeugnisses vor. Die Angaben zur Vorgeschichte sollen dafür einen zusammenfassenden Überblick über alle bei Ihnen bis dahin bekannten oder derzeitigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen/Erkrankungen geben. Die Kenntnis der gesundheitlichen Vorgeschichte stellt eine wesentliche Grundlage für die Beurteilung, Planung von eventuell noch notwendigen weiteren Untersuchungen und Erstellung eines ärztlichen Zeugnisses dar. Sie werden deshalb gebeten, den Erhebungsbogen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen und zu unterschreiben. Der Erhebungsbogen verbleibt bei den Unterlagen der/des untersuchenden Ärztin/Arztes.

Eigene Vorgeschichte

1. Welche bedeutsame Erkrankungen wurden bei Ihnen bisher festgestellt (haben sie durchgemacht)?

Art und Zeitpunkt der Erkrankung

- | | |
|------------------------------|--|
| • Herz | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: |
| • Lunge (z.B. Tuberkulose) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: |
| • Leber | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: |
| • Nieren | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: |
| • Verdauungsorgane | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: |
| • Diabetes | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: |
| • Schilddrüse | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: |
| • Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: |
| • Gelenke | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: |
| • Allergien | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: |
| • Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: |
| • Neurologische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: |
| • Psychischen Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: |
| • Erkrankungen der Augen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: |
| • Erkrankungen der Ohren | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: |
| • Weiteren Erkrankungen: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: |

2. Wurden Sie bereits operiert? nein ja: Grund: Wann:

3. Hatten sie Unfälle? nein ja: Welche: Wann:

4. Wurden Sie im Krankenhaus behandelt? nein ja: Grund: Wann:
5. Hatten Sie Aufenthalte in Rehabilitationskliniken? nein ja: Grund: Wann:
6. Bestehen derzeit Beschwerden nein ja: Welche:
- Auffälligkeiten im Urin: nein ja: Welche:
- Auffälligkeiten im Stuhl: nein ja: Welche
7. Waren oder sind Sie in ärztlicher Behandlung oder Beratung nein ja: Grund: Arzt/Ärztin:
8. Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer/psychiatrischer Beratung/Behandlung? nein ja: Grund: Arzt/Ärztin:
9. Regelmäßige Einnahme von Medikamenten nein ja: Welche:
10. Haben sie früher Psychopharmaka eingenommen? nein ja: Welche:
11. Alkoholkonsum nein ja: Wieviel:
Was:
12. Rauchen nein ja: Wieviel:
Was:
13. Besteht Drogenkonsum nein ja: Welche:
14. Treiben Sie Sport nein ja: Was: Wie oft: ca. _____ Stunden pro Woche
15. Sind Sie schwerbehindert oder gleichgestellt? nein ja: GdB:

Ich bestätige hiermit, dass ich den Erhebungsbogen zur Vorgeschichte wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt habe.

Ort / Datum

Unterschrift