

Anamnesebogen

und persönliche Erklärung

Offenbach
am Main

OF

Name, Vorname
Geburtsname
Geburtsdatum
Adresse
Telefon/Mobil
eMail

ANGABEN ZUR VORGESCHICHTE
(soweit zur Durchführung des Untersuchungsauftrages erforderlich)

Zutreffendes bitte
ankreuzen oder ausfüllen

Wurden Sie bereits in einem Gesundheitsamt untersucht?

- nein ja wann? _____ wo? _____
weshalb? _____

1) Hat es in Ihrer engeren Familie (Eltern, Geschwister) ernsthafte Erkrankungen gegeben?

- Hoher Blutdruck Herz- und Gefäß-
Krankheiten Diabetes mellitus Fettstoffwechselstörung
- Nerven- oder
Muskelkrankungen
- Sonstige _____

2) Eigene Vorgeschichte

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten bzw. Krankheiten folgender Organe:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-, Kreislauf-,
Gefäßkrankungen | <input type="checkbox"/> Hoher / niedriger
Blutdruck | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung | <input type="checkbox"/> Andere Infektions-
krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Nervensystem | <input type="checkbox"/> Seelische Störungen | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Sucht |
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> Hals, Nase, Ohren | <input type="checkbox"/> Bronchien / Lunge |
| <input type="checkbox"/> Magen / Darm | <input type="checkbox"/> Leber / Gallenblase | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Knochen- und
Gelenksystem | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Unfälle/Verletzungen
Welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Nieren / Harnwege | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | |
- Sonstige ernsthafte Erkrankungen:

- Keine ernsthaften Erkrankungen

3) Stationäre Behandlungen

Zeitpunkt / Dauer	Grund der Behandlung	Name und Ort des Krankenhauses / der Reha-Klinik

4) Wurden ambulante Operationen durchgeführt?

Zeitpunkt/Dauer	Operative Maßnahme	Name und Ort der Praxis / des Krankenhauses

5) Welche Folgen sind von den Krankheiten oder Verletzungen zurückgeblieben?

6) Jetzige Beschwerden oder Krankheiten

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Hörstörung | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Heiserkeit | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit / Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme / Gewichtszunahme | |
| <input type="checkbox"/> Angstgefühle | <input type="checkbox"/> nervöse Beschwerden | <input type="checkbox"/> Stimmungs- und Antriebsschwankungen | |

- Sonstige Beschwerden:

- Keine Beschwerden

7) Besteht eine vom Versorgungsamt anerkannte Behinderung oder Schwerbehinderung?

nein ja, weshalb _____ GdB: _____

Merkzeichen: _____

8) Beziehen Sie eine Rente?

nein

ja, weshalb _____ MdE: _____

seit wann _____

Haben Sie eine Rente beantragt?

nein

ja, weshalb _____

9) Sind Sie zurzeit in Behandlung?

nein

ja, weshalb _____

10) Hausarzt / weitere behandelnde Ärzte / Therapeuten:

11) Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

nein ja, welche _____

12) Betätigen Sie sich sportlich? nein ja

13) Rauchen Sie? nein ja, seit _____ tägliche Menge _____

nicht mehr seit _____

14) Nehmen Sie alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich?

täglich mehrmals wöchentlich seltener nie

15) Nehmen Sie Drogen / psychoaktive Substanzen zu sich?

täglich mehrmals wöchentlich seltener nie

wenn ja, welche _____

16) Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig? nein ja

17) Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (Musterung/Einstellung)?

nein ja, wo _____

Ergebnis: _____

Unterrichtung und persönliche Erklärung:

1. Diese Untersuchung erfolgt auf Grund § 10 Abs. 2 Hessisches Beamtenengesetz und dient der Feststellung meiner gesundheitlichen Eignung für die Berufung in ein Beamtenverhältnis.
2. Ich habe dem untersuchenden Arzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige Angaben gemacht.
3. Das Gesundheitsamt übersendet der personalführenden Stelle grundsätzlich nur ein Gesundheitszeugnis, das in der Regel das zusammenfassende Ergebnis der Untersuchung zu den im Gutachtauftrag gestellten Fragen enthält. Das Gesundheitsamt teilt darin die tragenden Feststellungen und Gründe mit, soweit dies unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit für die zu treffende Entscheidung erforderlich ist. Dieser Anamnesebogen und der Befundbogen verbleiben beim Gesundheitsamt.
4. Bei konkreten Zweifeln an der Vollständigkeit oder Aussagefähigkeit des Gesundheitszeugnisses oder dem darin festgestellten Ergebnis der Beurteilung ist die personalführende Stelle berechtigt und das Gesundheitsamt verpflichtet, die für das Gesundheitszeugnis maßgeblichen Einzeldaten zu übermitteln. Dies gilt auch, wenn die Einzeldaten für gerichtliche Streitverfahren benötigt werden.
5. Nr. 3 gilt immer nur dann, wenn ich vor der Übermittlung vom untersuchenden Arzt über Inhalt und Umfang der gutachterlichen Feststellungen aufgeklärt worden bin und mich schriftlich mit der Übermittlung einverstanden erklärt habe.
6. Ich bin weiter darüber informiert, dass ich Einsicht in die bei meiner Untersuchung gemachten Aufzeichnungen nehmen kann.
7. Soweit zur Durchführung der Untersuchung die Beiziehung von Unterlagen von Ärzten oder Krankenhäusern, die mich behandelt oder untersucht haben, erforderlich ist, erfolgt die Entbindung von der Schweigepflicht auf gesonderten Formularen, die den betroffenen Arzt, den Untersuchungszweck sowie die angeforderten Unterlagen im Einzelfall bezeichnen.

Ort/Datum/Unterschrift