

Landratsamt Ostalbkreis, Geschäftsbereich Gesundheit

Vorname	Name
Geburtsdatum	
Straße/Hausnummer/Postleitzahl/Wohnort	

Die Kenntnis der Vorgeschichte ist für die Erstellung eines aussagekräftigen amtsärztlichen Zeugnisses wesentliche Voraussetzung. Wir bitten Sie deshalb, den Erhebungsbogen sorgfältig auszufüllen. Eine Verpflichtung dazu besteht allerdings nur bei Pflichtuntersuchungen. Ob eine solche vorliegt und welche Folgen eine Weigerung hätte, entnehmen Sie bitte dem Anforderungsschreiben der Dienststelle, das Sie auf Wunsch beim Gesundheitsamt nochmals gerne einsehen können.

Der Erhebungsbogen verbleibt beim Geschäftsbereich Gesundheit. Der Dienststelle, die das amtsärztliche Zeugnis angefordert hat bzw. für die das amtsärztliche Zeugnis bestimmt ist, wird nur das Ergebnis der Untersuchung im Sinne einer zusammenfassenden ärztlichen Bewertung mitgeteilt. Einzelergebnisse werden nur mit Ihrem EINVERSTÄNDNIS weitergegeben, soweit nicht bei Untersuchungen auf Dienstfähigkeit, begrenzter Dienstfähigkeit oder Dienstunfähigkeit eine Befundmitteilung für die konkret anstehende Personalentscheidung erforderlich ist.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Vorgeschichte der zu untersuchenden Person

1. Welche bedeutsamen Erkrankungen, insbesondere an Herz, Lunge, (Tuberkulose) Leber, Niere, Verdauungsorganen, Schilddrüse, Wirbelsäule und Gliedmaßen sowie psychische Erkrankungen, Allergien und Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?	Art und Zeitpunkt der Erkrankung

Operationen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	welche: _____
	wann: _____
Unfälle?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	welche: _____
	wann: _____
Krankenhausaufenthalt(e)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Grund: _____

	Zeitraum: _____

Sanatoriums- oder Kuraufenthalt(e)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Grund: _____
	Zeitraum: _____
2. Zur Zeit Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	welche: _____

3. Zur Zeit in ärztlicher Behandlung, Beratung oder Konsultation? nein ja Grund sowie bitte auch Namen und Anschrift der Ärztin/des Arztes angeben:

4. Zur Zeit in psychotherapeutischer Behandlung, Beratung oder Konsultation? nein ja Grund sowie bitte auch Namen und Anschrift der Ärztin/des Arztes angeben:

5. Regelmäßige Arzneimitteleinnahme? nein ja welche?

6. Drogenkonsum? nein ja welche?

7. Rauchen ? nein ja gelegentlich täglich
ca. _____ Zigaretten
ca. _____ Zigarren
ca. _____ Pfeifen

8. Alkoholkonsum? nein ja gelegentlich täglich
_____ Flaschen Bier
_____ Viertel Wein
_____ Spirituosen

9. Treiben Sie Sport? nein ja Sportart? _____
Umfang: _____ Stunden pro Tag/Woche

10. Sind Sie schwerbehindert oder gleichgestellt? nein ja Grad der Behinderung (GdB) _____ v. H.

II. Familienvorgeschichte

Bei den Eltern und/oder Geschwistern sind folgende Krankheiten aufgetreten:

Bluthochdruck nein ja

Nervenkrankheiten nein ja

Diabetes nein ja

Sonstige bedeutsame Erkrankungen nein ja

welche? _____

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift