

# Untersuchungsbogen

Bei Ihnen ist eine Untersuchung im amtsärztlichen Dienst vorgesehen. Zur Erleichterung des Ablaufs am Untersuchungstag bitten wir Sie, den Untersuchungsbogen möglichst ausgefüllt mitzubringen. Er dient ausschließlich der ärztlichen Untersuchung und Anamneseerhebung, unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und wird nicht an den Auftraggeber weitergegeben.

Sollten Unsicherheiten bei der Beantwortung der Fragen bestehen, können Sie den Bogen gerne auch erst nach persönlicher Rücksprache mit uns am Untersuchungstag vervollständigen und unterschreiben.

Vielen Dank.

Vorname	Name
Straße	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

<p>1. Frühere Krankheiten, Krankenhausaufenthalte, Operationen, Kuren, Unfälle, Psychotherapie usw.? <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>2. Haben Sie derzeit Beschwerden oder befinden sich in ärztlicher oder psychologischer Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, bitte kurz erläutern.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<p>3. Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span>  <small>(Die Antwort ist erforderlich, da der allgemeine Prognosemaßstab zur Beurteilung der gesundheitlichen Eignung für die Berufung in das Beamtenverhältnis bei Vorliegen einer Schwerbehinderung abgesenkt ist.)</small></p> <p>Grad der Behinderung (GdB) <input style="width: 40px;" type="text"/> Merkzeichen <input style="width: 40px;" type="text"/></p>
<p>4. Rauchen Sie? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span>          Wenn ja, wie viel Zigaretten? <input style="width: 40px;" type="text"/> Stück am Tag.</p>
<p>5. Wie häufig trinken Sie Alkohol?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>6. Nehmen Sie Drogen oder haben Sie Drogen genommen? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span></p>
<p>7. Treiben Sie Sport? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span>          Wenn ja, welchen und wie oft?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>8. Nehmen Sie Medikamente ein? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span>          Wenn ja, welche?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>9. Tragen Sie eine Sehhilfe oder ein Hörgerät? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</span>          Wenn ja, bitte zum Untersuchungstermin mitbringen.</p>

**Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben, insbesondere habe ich nichts verschwiegen, was zur Beurteilung meines Gesundheitszustandes beitragen kann.**

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------