

<b>Vorname, Name:</b>	<b>geb. am:</b>
<b>Wohnort, Straße:</b>	<b>Telefon:</b>
<b>E-Mail:</b>	

## Fragebogen

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,  
 vor der Untersuchung muss Sie der Arzt nach früheren Krankheiten und gegenwärtigen Beschwerden fragen. Richtige und vollständige Angaben sind eine entscheidende Grundlage für die ärztliche Untersuchung und spätere Beurteilung. Wir bitten Sie deshalb höflichst, diesen Fragebogen gewissenhaft zu beantworten und dem Arzt vor der Untersuchung auszuhändigen. **Die untersuchende Ärztin / der untersuchende Arzt wird den Fragebogen dann bei der Untersuchung mit Ihnen auf Ihren Einzelfall bezogen durchsprechen. Bitte bringen Sie evtl. beim Hausarzt vorhandene Befundberichte zum Untersuchungstermin mit.** Für Ihre Mitwirkung bedanken wir uns im Voraus recht herzlich.

### A. Familienvorgeschichte:

Gab bzw. gibt es in Ihrer Familie schwerwiegende Erkrankungen? Als Familienangehörige gelten hier Großeltern, Eltern, Geschwister und Kinder.

(wenn ja, wer, was?) .....

### B. Eigene Vorerkrankungen:

	ja	weiß nicht	nein		ja	weiß nicht	nein
1. Mandelentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Wirbelsäulenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Herzbeschwerden (Engegefühl in der Brust)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sonst. Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Magengeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				25. Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				26. Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie Krankheiten, nach denen vorstehend nicht gefragt wurde? .....

Hausarzt: Name und Anschrift .....

Facharzt: Name und Anschrift .....

Hatten Sie schon einmal einen Knochenbruch? .....

(wenn ja, wann, was?) .....

Wurden Sie schon einmal operiert? .....

(wenn ja, wann, woran?) .....

Waren Sie schon im Krankenhaus? .....

(wenn ja, wo, wann, warum?) .....

Waren Sie schon einmal in Kur? .....

(wenn ja, wo, wann, warum?) .....

**Wurden Sie schon einmal amtsärztlich untersucht?** .....

(wenn ja, wo, wann, warum?) .....

**Wurden Sie durch die Zentrale Medizinische Untersuchungsstelle (nur bei Beamten) in Mainz begutachtet?**

(wenn ja, wann, wegen welcher Beschwerden?) .....

**Wurden Sie psychiatrisch/neurologisch/psychotherapeutisch behandelt?**     ja                       nein

(wenn ja, wo, wann, warum?) .....

**C. Gegenwärtige Beschwerden:**

	ja	nein		ja	nein
1. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Beschwerden in Armen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Beschwerden in Händen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Augenbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Beschwerden in Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Halsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Beschwerden in Füßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nasenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Hautveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ohrenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Beschwerden beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Beschwerden am Mund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Brechreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Beschwerden an den Zähnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Beschwerden im Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Beschwerden oder Veränderungen beim Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Beschwerden oder Veränderungen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Beschwerden in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Beschwerden in der Nierengegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13. Beschwerden im Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Haben Sie sonstige aktuelle Beschwerden?** .....

(wenn ja, welche, seit wann?) .....

**Nehmen Sie Medikamente ein?** .....

(wenn ja, welche, wie viel?) .....

**Trinken Sie Alkohol?** .....

(wenn ja, was, wie viel?) .....

**Rauchen Sie?** .....

(wenn ja, was, wie viel?) .....

**Nehmen Sie Drogen  
(z. B. Cannabis)?** .....

(wenn ja, welche, wie viel?) .....

Der Inhalt des Fragebogens wird vertraulich behandelt, verbleibt in der Gesundheitsakte und ist maßgebliche Grundlage der späteren Beurteilung durch den Arzt. Ich bin damit einverstanden, dass alle im Gesundheitsamt vorliegenden Befunde als Beurteilungsgrundlage für das Gutachten verwendet werden können. Hiermit bestätige ich, dass ich meine Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass das Gesundheitsamt der anfordernden Stelle das Ergebnis und im Einzelfall Details der amtsärztlichen Untersuchung mitteilt. Falls ich diese Einwilligungserklärung einschränken will, werde ich eine gesonderte Erklärung abgeben.

Ort, Datum

Unterschrift