

**Anamnesebogen zur gesundheitlichen Vorgeschichte für
Amtsärztliche Gesundheitszeugnisse**

Mit diesem Fragebogen erhalten Sie die Möglichkeit, die erforderlichen Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten. Der Fragebogen soll helfen, das Untersuchungsgespräch vorzubereiten. Er verbleibt in den Unterlagen beim Gesundheitsamt des Landkreises Nordwestmecklenburg. Sie werden darauf hingewiesen, dass eine richtige medizinische Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes nur möglich ist, wenn Sie alle Angaben vollständig darlegen. Sollten Fragen bei der Beantwortung auftreten, kann eine weitere Klärung im Untersuchungsgespräch erfolgen.

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ ausgewiesen durch: Personalausweis Reisepass

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z.B. Gesundheitsamt, Musterung?)

nein ja; wann und wo? _____

Eigene Vorgeschichte

Leiden/ litten Sie an Erkrankungen der folgenden Organe/ Körperbereiche:

1. Herz nein ja

2. Lunge nein ja

3. Leber / Galle nein ja

4. Nieren nein ja

5. Magen / Darm nein ja

6. Haut nein ja

7. Augen nein ja

Weitsichtigkeit?
Kurzsichtigkeit?

8. Ohren

nein ja

9. Gefäße (z.B. Krampfadern, Thrombosen, Verkalkungen, Verschlüsse)

nein ja

10. Wirbelsäule

nein ja

11. Gelenke (z.B. Rheuma, Arthrose, Prothesen)

nein ja

12. Infektionskrankheiten

nein ja

13. Neurologische Erkrankungen

nein ja

14. Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)

nein ja

15. Psychische Erkrankungen

nein ja

16. Suchterkrankungen

nein ja

17. Waren / Sind Sie in psychotherapeutischer / psychiatrischer Behandlung:

nein ja

Weshalb?

Therapeut/in:

18. Allergien

nein ja

19. Sonstige Erkrankungen

nein ja

20. Nehmen Sie Medikamente ein?

nein ja

Ggf. Liste beifügen

21. Wurden sie bereits operiert?

nein ja

Was/Wann?

22. Hatten Sie Unfälle?

nein ja

Welche?

Wann?

23. Wurden Sie stationär im Krankenhaus behandelt?

nein ja

Weshalb?

Wann?

24. Wurden Sie in einer Rehaklinik behandelt? nein ja

Weshalb?

Wann?

25. Sind / waren Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? nein ja

Weshalb?

Behandler/in?

26. Trinken Sie Alkohol? nein ja

Was?

Wieviel?

Seit Wann?

27. Rauchen Sie? nein ja

Haben Sie geraucht? nein ja

Was?

Wieviel?

Seit Wann?

Bis Wann?

28. Konsumieren/konsumierten Sie sonstige Drogen? nein ja

Was?

Wieviel?

Seit Wann?

29. Treiben Sie Sport? nein ja

Was?

Wie oft?

30. Sind Sie schwerbehindert? nein ja

GdB:

31. Haben Sie aktuell Beschwerden ? nein ja

Welche?

Seit Wann?

32. Sonstiges: nein ja

Was?

Erklärung des/ der zu Untersuchenden

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Ich bin darüber unterrichtet, dass eine bewusste Verheimlichung überstandener und noch immer bestehender Krankheiten rechtliche Folgen haben kann und dass amtsärztliche Leistungen entsprechend der Gebührenordnung für Amtshandlungen im Bereich des Gesundheitswesens vom 31.03.1992 §1 kostenpflichtig sind.

Im Falle eines Auftrags:

Hiermit erkläre ich, dass das amtsärztliche Zeugnis direkt an den Auftraggeber geschickt werden darf.

Bitte senden Sie mir erhobene Laborbefunde an obige Email-Adresse zu.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____