

Angaben zur Vorgeschichte:

(bitte ausgefüllt zum Untersuchungstermin mitbringen)

Name (ggf. Geburtsname)	
Vorname	M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>
Straße, Nr.	
Wohnort	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	

Wurden Sie bereits in einem Gesundheitsamt untersucht?

Nein ja

wann: _____ wo: _____

weshalb: _____

Wurden sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z.B. Musterung)?

nein ja

wo: _____

Ergebnis: _____

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

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheiten | <input type="checkbox"/> Nerven- oder Geisteskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Rheumatismus | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> keine ernsthaften Krankheiten | <input type="checkbox"/> Sonstige | _____ | |

2. Eigene Vorgeschichte

(folgende Krankheiten/Krankheiten folgender Organe/Behinderung lagen vor/liegen noch vor).

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Krampfadern, Thrombose, Embolie | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Bronchien/Lunge | <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Immunkrankheiten | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Magen und Darm | <input type="checkbox"/> Gelbsucht (Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Nieren |
| <input type="checkbox"/> Knochen- und Gelenksystem | <input type="checkbox"/> Knochenbruch | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Selbstmordversuche | <input type="checkbox"/> körperlich - geistige - seelische Behinderung |
| <input type="checkbox"/> keine ernsthaften Krankheiten | <input type="checkbox"/> keine Behinderungen | | |

Vorerkrankungen, stationäre Behandlungen, Reha-Maßnahmen und Heilkuren

Zeitpunkt	Krankheit	Dauer	Behandelnder Arzt oder Krankenhaus, Kurarzt oder Sanatoriumsarzt
Beispiel Sommer 69 Winter 70	Scharlach Unterarmbruch rechts	4 Wochen 3 Wochen	Dr. Meyer, Mühlheim a.d. Ruhr St. Marien - Hospital, Mühlheim a. d. Ruhr

3. Welche Folgen sind von den Krankheiten oder Verletzungen zurückgeblieben

4. Jetzige Beschwerden oder Krankheiten

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Augenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Hals/Nase/Ohren | <input type="checkbox"/> Anfälle | <input type="checkbox"/> Zittern |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> Verdauungs-
beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden | <input type="checkbox"/> rheumatische
Beschwerden | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Stimmungs- und
Antriebsschwankungen | <input type="checkbox"/> Innere Unruhe | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | | |

5. Haben Sie eine Rente beantragt?

- nein ja weshalb: _____

6. Sind Sie schwerbehindert?

- nein ja weshalb: _____ GdB

7. Wurden früher Röntgenuntersuchungen durchgeführt? (nach Möglichkeit bitte Bilder und Befunde zum Untersuchungstermin mitbringen)

- nein ja wann: _____

8. Sind Sie zur Zeit in Behandlung?

- nein ja weshalb: _____

9. Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?

nein ja weshalb: _____

10. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

nein ja weshalb: _____
seit: _____
welche: _____

11. Namen der behandelnden Ärzte:

12. Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?

nein ja

13. Betätigen Sie sich sportlich?

nein ja Sportart: _____

14. Tragen Sie eine Sehhilfe?

nein ja Brille Haftschalen

15. Rauchen Sie?

nein ja seit: _____ tägliche Menge _____

16. Wie oft trinken Sie Alkohol? (einschließlich Bier)

Nie Etwa 1 mal pro Monat 2-4 mal pro Monat 2-3 mal pro Woche 4 mal oder öfter pro Woche

17. Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise? Anzahl von Standardgetränken mit 10 g Alkohol (d.h. 1 Glas Wein(0,1l), 1 Glas Bier (0,25l), 1 Glas Schnaps (3cl))

1 oder 2 3 oder 4 5 oder 6 7 oder 8 10 oder mehr

18. Haben Sie im letzten Jahr regelmäßig Medikamente oder Drogen eingenommen?

nein ja seit: _____

Erklärung:

Ich habe dem untersuchenden Arzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige Angaben gemacht. Ich entbinde meine behandelnden und begutachtenden Ärzte von ihrer Schweigepflicht und bin damit einverstanden, daß vorhandene Unterlagen zur Befundauswertung leihweise überlassen werden.

Ich bin weiterhin damit einverstanden, daß die vollständige Stellungnahme dem Auftraggeber bekanntgegeben werden kann

Datum/Unterschrift