

Beurteilungsgrundlage (bleibt im Ärztlichen Dienst)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Name, Geburtsname, Vorname		
geboren am	in	Beruf
wohnhaf in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefonnummer	Mobilnummer	E-Mail-Adresse
<input type="checkbox"/> amtsbekannt	ausgewiesen durch	<input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis
wurde zwecks <input style="width: 300px;" type="text"/> begutachtet.		
veranlasst von <input style="width: 300px;" type="text"/>		

Angaben zur Untersuchung (ggf. auf separatem Blatt)

1. Familienvorgeschichte (Eltern, Geschwister, Kinder)

folgende Krankheiten:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> krankhaftes Übergewicht | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislauferkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten | <input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten | <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche | | | |
| <input type="checkbox"/> keine ernsten Krankheiten <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | | |

2. Eigene Vorgeschichte

folgende Krankheiten

- hoher Blutdruck
- Allergien, Heuschnupfen, Asthma
- chronische Lungenerkrankungen
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- chronische Infektionserkrankungen
(z. B. Tuberkulose, Hepatitis B/C, HIV-Infektion/AIDS-Erkrankungen)
- Mandelentzündungen, Scharlach
- Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche
- rheumatische Krankheiten
- Krebs
- Sonstige:
- keine ernsten Krankheiten oder Behinderungen

Krankheiten folgender Organe:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blutgefäße | <input type="checkbox"/> Nervensystem, Gehirn |
| <input type="checkbox"/> Bronchien/Lunge | <input type="checkbox"/> Auge |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Ohren und Gleichgewichtssinn |
| <input type="checkbox"/> Harnblase | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Magen/Darm | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nieren | |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke und Wirbelsäule) | |

Wurden Sie wegen eines bestimmten Leidens längere Zeit oder wiederholt behandelt?

- nein ja weshalb _____
von wem _____

Krankenhausaufenthalte/Kuren Jahr/Dauer/Grund _____

Operationen (Jahr) _____

Bei Frauen Geburten/Jahr _____

