

Anamnesebogen zur gesundheitlichen Vorgeschichte für die Begutachtung zur Einstellung in ein Beamtenverhältnis

Der Fragebogen soll das Untersuchungsgespräch vorbereiten helfen. Er verbleibt in den Unterlagen beim Gesundheits- und Veterinäramt der Landeshauptstadt Magdeburg.
Sie werden darauf hingewiesen, dass eine richtige medizinische Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes nur dann möglich ist, wenn Ihre Angaben vollständig dargelegt sind.
Sollten sich Fragen bei der Beantwortung ergeben, können diese im Untersuchungsgespräch geklärt werden.

Ihr Name	Vorname	Geburtsdatum
Postleitzahl/Wohnort	Straße/Hausnummer	Telefon/Mobil

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

nein ja; wann und wo? _____

Eigene Krankheitsvorgeschichte:

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an Erkrankungen der folgenden Organe:

Art und Zeitpunkt der Erkrankung

- | | | |
|---------------|---|-------|
| ➤ Herz | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| ➤ Lunge | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| ➤ Leber/Galle | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| ➤ Nieren | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| ➤ Magen/Darm | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| ➤ Diabetes | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| ➤ Gefäße | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| ➤ Schilddrüse | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |
| ➤ Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | _____ |

Art und Zeitpunkt der Erkrankung

- Gelenke nein ja _____
- Infektionserkrankungen nein ja _____
- Neurologische Erkrankungen nein ja _____
- Psychiatrische Erkrankungen nein ja _____
- Augen nein ja _____
- Ohren nein ja _____
- Tumorerkrankungen nein ja _____
- Allergien nein ja _____
- Sonstige Erkrankungen nein ja _____

Wurden Sie bereits operiert/hatten Sie Unfälle?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann:
		Was:
Waren/sind Sie in regelmäßiger ärztlicher/psychotherapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Weshalb:
		Arzt/Ärztin:
Wurden Sie stationär im Krankenhaus/Rehaeinrichtung behandelt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Weshalb:
		Wann:
		Wo:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche:
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wieviel:
Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche:
		Wieviel:

Landeshauptstadt Magdeburg
Die Oberbürgermeisterin
Gesundheits- und Veterinäramt
39090 Magdeburg

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wieviel:
Sind Sie schwerbehindert/ gleichgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	GdB:
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Was:
		Wie oft:
Haben Sie aktuell Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche:

Sozialanamnese:

Familienstand: _____

Kinder: _____

Berufliche Laufbahn:

Ich versichere, dass ich die Angaben zur Krankheitsvorgeschichte nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass eine bewusste Verheimlichung überstandener und noch immer bestehender Krankheiten rechtliche Folgen haben kann.

Ort, Datum

Unterschrift