

Beurteilungsgrundlage (bleibt im ärztlichen Dienst)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Name, Geburtsname, Vorname		
geboren am	in	Beruf
wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
<input type="checkbox"/> amtsbekannt	ausgewiesen durch	<input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis
wurde zwecks		begutachtet.
veranlasst von	mit Schreiben vom	Gz.

Angaben zur Untersuchung

<p>1. Familienvorgeschichte (Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Krankheiten:</p> <p><input type="checkbox"/> hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> krankhaftes Übergewicht <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislauferkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten <input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen <input type="checkbox"/> Krebs</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche <input type="checkbox"/> Sonstiges</p> <p><input type="checkbox"/> keine ernsten Krankheiten</p>	
<p>2. Eigene Vorgeschichte, folgende Krankheiten:</p> <p><input type="checkbox"/> hoher Blutdruck</p> <p><input type="checkbox"/> Allergien, Heuschnupfen, Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> chronische Lungenerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)</p> <p><input type="checkbox"/> chronische Infektionserkrankungen (z. B. Tuberkulose, Hepatitis B/C, HIV-Infektion/ AIDS-Erkrankung)</p> <p><input type="checkbox"/> Mandelentzündungen, Scharlach</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche</p> <p><input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten</p> <p><input type="checkbox"/> Krebs</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige:</p> <p><input type="checkbox"/> keine ernsten Krankheiten oder Behinderungen</p>	<p>Krankheiten folgender Organe:</p> <p><input type="checkbox"/> Blutgefäße <input type="checkbox"/> Nervensystem, Gehirn</p> <p><input type="checkbox"/> Bronchien/Lunge <input type="checkbox"/> Augen</p> <p><input type="checkbox"/> Gallenblase <input type="checkbox"/> Ohren und Gleichgewichtssinn</p> <p><input type="checkbox"/> Harnblase <input type="checkbox"/> Schilddrüse</p> <p><input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Sonstiges</p> <p><input type="checkbox"/> Herz <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Magen und Darm <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Nieren <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke und Wirbelsäule)</p>
<p>Wurden Sie wegen eines bestimmten Leidens längere Zeit oder wiederholt behandelt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja weshalb</p> <p style="padding-left: 100px;">von wem</p> <p>Krankenhausaufenthalte/Kuren (Jahr / Dauer / Grund)</p> <p>Operationen</p> <p>Bei Frauen: Geburten (Jahr)</p>	

