

Anamnese

Vorgeschichte

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Plz.:
Wohnort:	Straße und Nr.:
E-Mail-Adresse:	Telefonnummer:
zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit:	

Jede Frage ist einzeln zu beantworten, keine zu übergehen oder mit Strichen abzutun. Bei Platzmangel fügen Sie Ergänzungen bitte auf gesondertem Blatt bei.

<p>1. Sind bei Eltern, Geschwistern oder nahen Verwandten Tuberkulose, Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck, Nerven- oder Gemütskrankheiten, Selbstmord vorgekommen?</p> <p>Wenn ja, welche?</p>	
	Welche? Wann?
<p>2. Leiden oder litten Sie an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:</p> <p>2.1 des Herzens oder der Kreislauforgane, z.B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Herzschmerzen, Atemnot bei Anstrengungen, erhöhtem oder zu niedrigem Blutdruck, Venenentzündungen; Embolie?</p> <p>2.2 der Atmungsorgane, z.B. Tuberkulose, Rippen-(Brust-)fellentzündung, wiederholter oder länger anhaltender Bronchitis, Asthma, Heuschnupfen oder anderer Allergien; Stirn- oder Kieferhöhlenvereiterung?</p> <p>2.3 der Verdauungsorgane, z.B. Magenschleimhautentzündungen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leber- oder Gallenblasenleiden, Gelbsucht, Stuhlverstopfung?</p> <p>2.4 der Harn- oder Geschlechtsorgane, z.B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, erschwertem oder blutigem Harnlassen, Eiweißausscheidung,</p>	

	Hodenentzündungen oder Eierstockentzündungen?	
2.5	des Gehirns- oder Rückenmarks, an Gemüts- oder Geistesstörungen, z.B. Depressionen, Epilepsie, Krämpfen, Schwindel, Bettnässen, Ohnmachten; Lähmungen; häufigen oder anfallsweisen Kopfschmerzen, Sprachstörungen?	
2.6	der Augen, z.B. Herabsetzung der Sehschärfe (wenn Brillen- oder Kontaktlinsenträger, Stärke der Gläser angeben), Korrekturlinsen; Laseroperation; Farbenschwäche, häufigen Bindehautentzündungen?	
2.7	der Ohren, z.B. Mittelohrentzündung, Ohrenfluss, Schwerhörigkeit? Haben Sie Arbeiten unter stärkerer Lärmeinwirkung verrichtet?	
2.8	der Haut, z.B. Ausschlag oder Flechte, Nesselfieber, Milchschorf, anderen allergischen Hauterscheinungen?	
2.9	der Wirbelsäule, Knochen und Gelenke, z.B. Nacken- oder Rückenschmerzen, Hexenschuss, Ischias, Knochenbrüchen; Sportverletzungen? Wurde Ihnen orthopädisches Turnen verordnet?	
2.10	Der Lymphknoten, der Milz, des Blutes?	
2.11	an Stoffwechselkrankheiten, z.B. Zuckerkrankheit, Funktionsstörungen der Schilddrüse, Gicht?	
2.12	an Geschwülsten?	
2.13	an Gelenkrheumatismus? Wenn ja, mit oder ohne Herzbeteiligung?	
2.14	an ansteckenden Krankheiten, z.B. Tuberkulose, Kinderlähmung, Diphtherie, Scharlach, Gelbsucht, Typhus, Ruhr; Geschlechtskrankheiten?	
2.15	an sonstigen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?	
3.	Haben Sie eine gesundheitsbelastende Tätigkeit ausgeführt, welche arbeitsmedizinische	

	Vorsorgeuntersuchungen erfordert? Wenn ja, welche?	
4.	Nehmen oder nahmen Sie Medikamente oder Drogen (einschließlich Cannabis)? Wenn ja, welche und in welcher Häufigkeit?	
5.	Sind Sie mit Medikamenten behandelt worden, welche Herz, Kreislauf, Psyche oder Stoffwechselfvorgänge beeinflussen? Wenn ja, welche?	
6.	Haben Sie durch Unfall Verletzungen (z.B. Gehirnerschütterung, Schädelbruch) erlitten? Haben Sie Vergiftungen erlitten? Wenn ja, welche und wann?	
7.	Stehen oder standen Sie in nervenärztlicher / psychotherapeutischer Behandlung oder ist eine entsprechende Behandlung vorgesehen?	
8.	Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?	
9.	Sind Sie operiert worden? Ist eine Operation vorgesehen? Wenn ja, weswegen und wann?	
10.	Wurden bei Ihnen besondere medizintechnische Untersuchungen durchgeführt (Röntgen, Ultraschall, Endoskopie oder andere bildgebende Verfahren)? Wenn ja, weswegen und wann?	
11.	Wurden Sie mit Röntgen- oder sonstigen Strahlen behandelt? Wenn ja, weswegen und wann?	
12.	Sind Sie in einem Krankenhaus, einer Heilstätte, einem Sanatorium, einer Kuranstalt, einem Gesundheits- oder Versorgungsamt untersucht oder behandelt worden? Wenn ja, weswegen und wann?	
13.	Sind Sie durch Ärztinnen bzw. Ärzte, außer den bereits angegebenen, in den letzten fünf Jahren untersucht oder behandelt worden? Wenn ja, weswegen und wann?	
14.	Bezogen oder beziehen Sie auf Grund gesundheitlicher Schäden oder verminderter körperlicher	

	Leistungsfähigkeit eine Rente oder planen, eine solche zu beantragen?	
15.	Sind Sie bereits bei der Polizei, auch bei der Bundespolizei (ehemals Bundesgrenzschutz), bei der Bundeswehr oder einer sonstigen Behörde ärztlich untersucht worden? Wenn ja, wo? Ergebnis bzw. Tauglichkeitsgrad?	
16.	Wogegen wurden Sie bisher geimpft?	
17.	Treiben Sie Sport (Leistungssport)? Welche Sportarten üben Sie aus?	
18.	Rauchgewohnheiten und Trinkgewohnheiten mit Mengenangabe	

Erklärung

Ich bin bereit, der untersuchenden Ärztin bzw. dem untersuchenden Arzt alle Umstände zu offenbaren, die für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes bedeutsam sein können. Ich nehme zur Kenntnis, dass das Verschweigen bestehender Beschwerden und früherer Krankheiten die Entlassung aus dem Polizeidienst nach sich ziehen kann.

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen getätigt zu haben.

Ort, Datum, Unterschrift

bei Minderjährigen ggf. Unterschrift der
Erziehungsberechtigten

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

In dem Bewerbungsverfahren entbinde ich,

Vor- und Nachname: _____
Geburtsdatum und –Ort: _____
Wohnanschrift: _____

für das Einstufen meiner Polizeidiensttauglichkeit alle mich behandelnden Ärzte sowie alle sonstigen Berufsgeheimnis- und Amtsträger von ihrer Schweigepflicht.

1. Ich erkläre mich insbesondere damit einverstanden, dass dem polizeiärztlichen Dienst der Polizei Rheinland-Pfalz auf Anfrage alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit der Überprüfung der Polizeidiensttauglichkeit stehen. Dies beinhaltet auch, dass dem polizeiärztlichen Dienst durch die mich behandelnden Ärzte auf Anfrage Originale und Abschriften medizinischer Unterlagen, wie Arztbriefe, medizinische Gutachten sowie sonstige Auskünfte und Unterlagen zur Verfügung gestellt werden.

2. Ich entbinde ferner den polizeiärztlichen Dienst der Polizei Rheinland-Pfalz und damit alle dortigen Ärzte, das ärztliche Assistenzpersonal sowie die sonstigen Beschäftigten von ihrer ärztlichen und berufsbezogenen Schweigepflicht gegenüber der Hochschule der Polizei Rheinland-Pfalz. Diese Erklärung erstreckt sich insbesondere auf alle unter Ziffer 1. benannten Auskünfte und Unterlagen, die zur Einschätzung meiner Polizeidiensttauglichkeit erforderlich sind.

3. Ich erkläre mich letztlich damit einverstanden, dass alle Informationen und Unterlagen, die seitens des polizeiärztlichen Dienstes an die Hochschule der Polizei Rheinland-Pfalz weitergegeben werden, zum Gegenstand der dortigen Verwaltungs- und Widerspruchsakten gemacht werden und im Falle einer gerichtlichen Überprüfung den Verwaltungsgerichten vorgelegt werden dürfen.

Ort, Datum, Unterschrift

bei Minderjährigen ggf. Unterschrift der
Erziehungsberechtigten