

## Hausärztlicher Befund für Bewerber der Polizei In Rheinland-Pfalz

Name	Vorname	Geb.dat.
Strasse	PLZ Wohnort	

Ärztliches Attest  
zur Vorlage beim  
Ärztlichen Dienst  
der Polizei RLP

Polizeibeamte müssen besonderen Anforderungen genügen. Um den Bewerbern möglichst unnötige Anreisen und Fehlzeiten zu ersparen, und um einen Überblick zu erhalten, welche Vorerkrankungen bestanden haben, bitten wir um einen hausärztlichen Bericht, aus dem hervorgehen soll, ob die/der Bewerber/in an chronischen Krankheiten leidet oder andere Auffälligkeiten bietet, die evtl. den Anforderungen für den Polizeidienst entgegen stehen. Daher bitten wir um Beantwortung der folgenden Fragen aus der Krankenakte. (Im Zweifelsfall bitte Kopie von Befunden beifügen) Eine Untersuchung der/des Bewerber/in ist hierzu NICHT erforderlich.

- ① Größe: \_\_\_\_\_ cm                      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg
- BMI > 27,5 oder < 18                      nein                       ja
- ② letzter RR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg gemessen am: \_\_\_\_\_
- Hypertonie**    nein                       ja
- ③ **Asthma**    nein                       ja
- wenn ja, Behandlung mit \_\_\_\_\_
- ④ **chron. Bronchitis**    nein                       ja
- ⑤ **Neurodermitis, Endogenes Ekzem, Psoriasis**                      nein                       ja
- wenn ja, Behandlung mit \_\_\_\_\_
- ⑥ **Lactose- / Fructoseintoleranz mit Diarrhoen**                      nein                       ja
- ⑦ **Habituelle Gelenkluxation(en)**                      nein                       ja
- wenn ja, welche Gelenke und wann \_\_\_\_\_
- ⑧ **Allergien (Pollinose, Hausstaubmilbe etc.)**                      nein                       ja
- wenn ja, Hyposensibilisierung? \_\_\_\_\_
- oder Medikation saisonal? Welche: \_\_\_\_\_
- ⑨ **andere Allergien:**    nein                       ja
- wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- ⑩ **Tinnitus, Hörsturz**    nein                       ja
- ⑪ **Hypo- oder Hyperthyreose (nicht Strumaprophylaxe!)**                      nein                       ja
- ⑫ **bei Frauen: Brustimplantate:**                      nein                       ja
- ⑬ **Medikamente, wenn sie nicht nur einmal verordnet wurden:**                      nein                       ja
- welche: \_\_\_\_\_
- ⑭ **Impfungen**    Tetanus / Diphtherie/ Polio / Pertussis Vollschutz                      nein                       ja
- Hepatitis B Vollschutz                      nein                       ja
- ⑮ **Brillen- o. Kontaktlinsenträger**                      nein                       ja
- ⑯ **Augen-Laser-Verfahren?**                      nein                       ja
- (beachten Sie die 6-Monatige Wartezeit nach erfolgtem Augen-Laser-Verfahren!)
- ⑰ **Psychotherapie**    nein                       ja
- wenn ja: KZT  / LZT ? Warum? \_\_\_\_\_
- ⑱ **andere schwere od. chron. Erkrankungen (der letzten beiden Jahre):**
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

05\_2014

Datum, Stempel, Unterschrift des Hausarztes