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 Uberblick 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 1-Jährige 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