

Anamnese

Vorgeschichte

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

Erklärung

Ich bin bereit, der untersuchenden Ärztin/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 bin damit einverstanden, dass das anlässlich meiner Einstellung in den Polizeivollzugsdienst erstellte ärztliche Gutachten zur Beurteilung der Polizeidiensttauglichkeit mit allen Anlagen integraler Bestandteil der beim Ärztlichen Dienst der Polizei geführten Unterlagen ist und bei dienstrechtlichen Entscheidungen mit herangezogen werden kann. Ich bin bereit, die für die Beurteilung benötigten ärztlichen Unterlagen, Befunde und Bescheinigungen zu beschaffen und der Polizeiärztin/dem Polizeiarzt zur Verfügung zu stellen. Ich bin darüber informiert, dass die Einstellungsbehörde ein Tauglichkeitszeugnis erhält, das die ärztliche Beurteilung „polizeidiensttauglich“ oder „polizeidienstuntauglich“ enthält.

Ort Datum Unterschrift der Bewerberin/ des Bewerbers

Vertrauliche Arztsache

1. Vorgeschichte

Jede Frage ist einzeln zu beantworten, keine zu übergehen oder mit Strichen abzutun. Bei Platzmangel Ergänzungen bitte auf besonderem Blatt beifügen.

1.1	Sind bei Eltern, Geschwistern oder nahen Verwandten Tuberkulose, Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck, Nerven- oder Gemütskrankheiten, Selbstmord vorgekommen? Welche? Bei wem?	
1.2	Leiden oder litten Sie an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:	In den folgenden Zeilen ist anzugeben: Welche? Wann?
1.2.1	des Herzens oder der Kreislauforgane, z.B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Herzschmerzen, Atemnot bei Anstrengungen, erhöhtem oder zu niedrigem Blutdruck, Venenentzündungen; Embolie?	
1.2.2	der Atmungsorgane, z.B. Tuberkulose, Rippen-(Brust-)fellentzündung, wiederholter oder länger anhaltender Bronchitis, Asthma, Heuschnupfen oder anderen Allergien; Stirn- oder Kieferhöhlenvereiterung?	
1.2.3	der Verdauungsorgane, z.B. Magenschleimhautentzündungen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leber- oder Gallenblasenleiden, Gelbsucht, Stuhlverstopfung?	
1.2.4	der Harn- und Geschlechtsorgane, z.B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, erschwertem oder blutigem Harnlassen, Eiweißausscheidung, Hodenentzündungen oder Eierstockentzündungen?	
1.2.5	des Gehirn- oder Rückenmarks, an Gemüts- oder Geistesstörungen, z.B. Depressionen, Epilepsie, Krämpfen, Schwindel, Bettnässen, Ohnmachten; Lähmungen; häufigen oder anfallsweisen Kopfschmerzen, Sprachstörungen?	
1.2.6	der Augen, z.B. Herabsetzung der Sehschärfe (wenn Brillen- oder Kontaktlinsenträger, Stärke der Gläser angeben), Korrekturlinsen; Laseroperation; Farbschwäche, häufigen Bindehautentzündungen?	
1.2.7	der Ohren, z.B. Mittelohrentzündung, Ohrenfluss, Schwerhörigkeit? Haben Sie Arbeit unter starker Lärmeinwirkung verrichtet?	
1.2.8	der Haut, z.B. Ausschlag oder Flechte, Nesselfieber, Milchschorf, anderen allergischen Hauterscheinungen?	
1.2.9	der Wirbelsäule, Knochen und Gelenke, z.B. Nacken- oder Rückenschmerzen, Hexenschuss, Ischias, Knochenbrüchen; Sportverletzungen? Wurde Ihnen orthopädisches Turnen verordnet?	

1.2.10	Der Lymphknoten, der Milz, des Blutes ?	
1.2.11	an Stoffwechselkrankheiten, z.B. Zuckerkrankheit, Funktionsstörungen der Schilddrüse, Gicht?	
1.2.12	an Geschwülsten ?	
1.2.13	an Gelenkrheumatismus? mit oder ohne Herzbeteiligung?	
1.2.14	an ansteckenden Krankheiten, z.B. Tuberkulose, Kinderlähmung, Diphtherie, Scharlach, Gelbsucht, Typhus, Ruhr; Geschlechtskrankheiten?	
1.2.15	an sonstigen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?	
1.2.16	Haben Sie eine gesundheitsbelastende Tätigkeit ausgeführt, die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen erfordert? Welche?	
1.3	Nehmen oder nahmen Sie Medikamente oder Drogen? Welche?	
1.4	Sind Sie mit Medikamenten behandelt worden, die Herz, Kreislauf Psyche oder Stoffwechselfvorgänge beeinflussen? Welche?	
1.5	Haben Sie durch einen Unfall Verletzungen (z.B. Gehirnerschütterung, Schädelbruch) erlitten? Haben Sie Vergiftungen erlitten? Welche, wann?	
1.6	Stehen oder standen Sie in nervenärztlicher/psychotherapeutischer Behandlung oder ist eine entsprechende Behandlung vorgesehen?	
1.7	Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?	
1.8	Sind Sie operiert worden? Ist eine Operation vorgesehen? Weswegen? Wann?	
1.8.1	Wurden bei Ihnen besondere medizinisch-technische Untersuchungen durchgeführt (Röntgen, Ultraschall, Endoskopie, oder andere bildgebende Verfahren)? Weswegen, wann?	
1.8.2	Wurden Sie mit Röntgen- oder sonstigen Strahlen behandelt? Weswegen? Wann?	
1.9	Sind Sie in einem(r) Krankenhaus, Heilstätte, Sanatorium, Kuranstalt, Gesundheits- oder Versorgungsamt untersucht oder behandelt worden? Weswegen, wann?	
1.10	Sind Sie durch Ärztinnen oder Ärzte, außer den bereits angegebenen, sind Sie in den letzten 5 Jahren untersucht oder behandelt worden? Falls ja, weswegen?	
1.11	Bezogen, beziehen oder beantragen Sie eine Rente, aufgrund gesundheitlicher Schäden oder verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit?	
1.12	Sind Sie bereits bei der Polizei, auch bei der Bundespolizei (ehemals Bundesgrenzschutz), bei der Bundeswehr oder einer sonstigen Behörde ärztlich untersucht worden? (Wann, wo?) Ergebnis bzw. Tauglichkeitsgrad?	
1.13	Wogegen wurden Sie bisher geimpft?	
1.14	Treiben Sie Sport (Leistungssport)? Welche Sportarten pflegen Sie?	
1.15	Rauchgewohnheiten und Trinkgewohnheiten mit Mengenangabe.	