

A n g a b e n z u r V o r g e s c h i c h t e

(soweit zur Durchführung des Untersuchungsauftrages erforderlich)

Name, ggf. auch Geburtsname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Nr.:

Wohnort:

ausgewiesen durch (*Personalausweis, Reisepass*):

Gutachterauftrag vom (*Datum*)/Aktenzeichen:

auf Veranlassung:

wegen (*Untersuchungsgrund*):

Wurden Sie bereits in einem Gesundheitsamt untersucht?

Nein Ja Wann und wo? _____

Weshalb? _____

1. a) Gibt es in Ihrer engeren Familie ernsthafte Erkrankungen wie beispielsweise Herz- und Kreislauf-, Krebs-, Stoffwechselerkrankungen? (Eltern, Geschwister, Kinder)

b) Gibt es in Ihrer engeren Familie oder Wohnumfeld ansteckungsfähige Erkrankungen wie beispielsweise Tuberkulose, Hepatitis oder ähnliches?

Name, Vorname:

3. Welche Folgen sind von den Krankheiten oder Verletzungen zurückgeblieben?

.....
.....
.....
.....

4. Jetzige Beschwerden oder Krankheiten

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Augenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> Hals/Nase/Ohren | <input type="checkbox"/> Anfälle | <input type="checkbox"/> Zittern |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Gewichts-
abnahme | <input type="checkbox"/> Verdauungs-
beschwerden |
| <input type="checkbox"/> schmerzhaftes
Wasserlassen | <input type="checkbox"/> rheumatische
Beschwerden | <input type="checkbox"/> Herz-
beschwerden | <input type="checkbox"/> Gelenk-
beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> nervöse
Beschwerden | <input type="checkbox"/> Stimmungs-
u. Antriebs-
schwankungen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

5. Haben Sie eine Rente beantragt?

Nein Ja, weshalb? MdE ____%

6. Sind Sie schwerbehindert?

Nein Ja, weshalb? MdE ____%

7. Wurden früher Röntgenuntersuchungen durchgeführt?

Nein Ja (nach Möglichkeit Befunde zum Untersuchungstermin mitbringen)

8. Sind Sie zur Zeit in Behandlung?

Nein Ja, weshalb?
.....
..... seit

9. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

Nein Ja, welche?
.....
..... seit

Name, Vorname:

10. Namen der behandelnden Ärzte (Anschrift):

.....
.....
.....

11. Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?

Ja Nein

12. Betätigen Sie sich sportlich?

Ja Nein

13. Tragen Sie eine Sehhilfe?

Nein Ja Brille Kontaktlinsen

14. Rauchen Sie?

Nein Ja, seit Tägliche Menge:

15. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschl. Bier) zu sich?

Nein Ja, seit Tägliche Menge:

16. Haben Sie im letzten Jahr regelmäßig Medikamente oder Drogen eingenommen?

Nein Ja, seit

17. Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z. B. Musterung)?

Nein Ja, wo

Ergebnis

Die vorstehenden schriftlichen Angaben zur Krankheitsvorgeschichte werden auf freiwilliger Basis erhoben und dienen insbesondere zur Erleichterung des Untersuchungsablaufes.

Datum

Unterschrift