

## 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-<br>abnahme                       | <input type="checkbox"/> Verdauungs-<br>beschwerden |
| <input type="checkbox"/> schmerzhaftes<br>Wasserlassen | <input type="checkbox"/> rheumatische<br>Beschwerden | <input type="checkbox"/> Herz-<br>beschwerden                       | <input type="checkbox"/> Gelenk-<br>beschwerden     |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen               | <input type="checkbox"/> nervöse<br>Beschwerden      | <input type="checkbox"/> Stimmungs-<br>u. Antriebs-<br>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