

### Anamnesebogen zur gesundheitlichen Vorgeschichte für amtsärztliche Gesundheitszeugnisse

Mit diesem Fragebogen erhalten Sie die Möglichkeit, die erforderlichen Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten. Der Fragebogen soll helfen, das Untersuchungsgespräch vorzubereiten. Er verbleibt in den Unterlagen beim Gesundheitsamt des Landkreises Nordwestmecklenburg. Sie werden darauf hingewiesen, dass eine richtige medizinische Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes nur möglich ist, wenn Sie alle Angaben vollständig darlegen. Sollten Fragen bei der Beantwortung auftreten, kann eine weitere Klärung im Untersuchungsgespräch erfolgen.

#### Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ ausgewiesen durch:  Personalausweis  Reisepass

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

nein  ja; wann und wo? \_\_\_\_\_

Gibt es in Ihrer Familie Vorerkrankungen (Eltern, Großeltern, Geschwister, eigene Kinder: z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Krebs, psychische-/neurologische Erkrankungen, frühes Versterben, o.ä.?)

nein  ja

wer und was?

Eigene Vorgeschichte Leiden/ litten Sie an Erkrankungen der folgenden Organe/ Körperbereiche:

Bitte Art des Leidens und Zeitpunkt notieren!

1. Herz  nein  ja

2. Lunge  nein  ja

3. Leber / Galle  nein  ja

4.Nieren

nein  ja

5.Magen / Darm

nein  ja

6. Haut

nein  ja

7. Augen

nein  ja

<input type="text"/>	Weitsichtigkeit? Kurzsichtigkeit?
----------------------	--------------------------------------

8. Ohren

nein  ja

9.Gefäße (z.B. Krampfadern, Thrombosen, Verkalkungen)

nein  ja

10. Wirbelsäule

nein  ja

11.Gelenke (z.B. Rheuma, Arthrose, Prothesen)

nein  ja

12. Infektionskrankheiten

nein  ja

13.Neurologische Erkrankungen

nein  ja

14.Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)

nein  ja

15.Psychische Erkrankungen

nein  ja

16. Suchterkrankungen

nein  ja

17. Waren/ sind Sie in psychotherapeutischer/ psychiatrischer Behandlung:

nein  ja

Weshalb?	Therapeut/in:
----------	---------------

18. Allergien

nein  ja

19. Sonstige Erkrankungen

nein  ja

--

20. Nehmen Sie Medikamente ein?

nein  ja

Ggf. Liste beifügen
---------------------

21. Wurden Sie bereits operiert?

nein  ja

Was/Wann?
-----------

22. Hatten Sie Unfälle?

nein  ja

Welche?	Wann?
---------	-------

23. Wurden Sie stationär im Krankenhaus behandelt?

nein  ja

Weshalb?	Wann?
----------	-------

24. Wurden Sie in einer Rehaklinik behandelt?

nein  ja

Weshalb?	Wann?
----------	-------

25. Sind/ waren Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?

nein  ja

Weshalb?	Behandler/in:
----------	---------------

26. Trinken Sie Alkohol?

nein  ja

Was:	Wieviel:	Seit Wann:
------	----------	------------

27. Rauchen Sie? Haben Sie geraucht?

nein  ja

Was:	Wieviel:	Seit Wann:	Bis wann?
------	----------	------------	-----------

28. Konsumierten/ konsumieren Sie sonstige Drogen?

nein  ja

Was:	Wieviel:	Seit Wann:
------	----------	------------

29. Treiben Sie Sport?

nein  ja

Was?	Wie oft?
------	----------

30. Sind Sie schwerbehindert?

nein  ja

GdB:
------

31. Haben Sie aktuell Beschwerden?

nein  ja

Welche?

32. Sonstiges:

nein  ja

Was?

Erklärung des/ der zu Untersuchenden

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Ich bin darüber unterrichtet, dass eine bewusste Verheimlichung überstandener und noch immer bestehender Krankheiten rechtliche Folgen haben kann und dass amtsärztliche Leistungen entsprechend der Gebührenordnung für Amtshandlungen im Bereich des Gesundheitswesens vom 31.03.1992 §1 kostenpflichtig sind.

Im Falle eines Auftrags:

Hiermit erkläre ich, dass das amtsärztliche Zeugnis direkt an den Auftraggeber geschickt werden darf.

Bitte senden Sie mir erhobene Laborbefunde an obige Email-Adresse zu.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_