

Kreisverwaltung Düren  
- Gesundheitsamt -  
Bismarckstraße 16  
52351 Düren

Eingangsvermerk der Behörde

Az.: 53/4 41.20.02

**Erläuterungen:**

Den Vordruck bitte deutlich lesbar ausfüllen. Zutreffendes kreuzen Sie bitte an.

Falls Sie eine der notwendigen Angaben nicht machen können, tragen Sie bitte „unbekannt“ ein. In Zweifelsfällen oder bei Fragen sind wir Ihnen gern behilflich.

## Fragebogen für die Amtsarztsprechstunde - Angaben zur Vorgeschichte -

**Dieser Fragebogen verbleibt im Gesundheitsamt und ist vom Untersuchten auszufüllen.**

### Angaben zur Person

Nachname	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ Wohnort
Telefon-/Handy-Nummer	eMail-Adresse

### Angaben zur eigenen gesundheitlichen Vorgeschichte

Welche bedeutsamen Erkrankungen insbesondere an Herz, Lunge, Leber, Niere, Magen, Darm, Schilddrüse, Wirbelsäule, Knochen und Gelenken, Haut, Psyche, etc. sowie Allergien, Infektionskrankheiten, Unfälle usw. haben Sie durchgemacht?

**Zeitpunkt/Erläuterungen:**

Stationäre Krankenhausbehandlungen, Reha-Maßnahmen, Heilkuren, psychotherapeutische Behandlungen (ambulant oder stationär), Entwöhnungsbehandlungen.

**Zeitdauer, Jahr, Erläuterungen:**

Haben Sie gesundheitliche Probleme mit Auswirkungen auf Ihre bisherigen Tätigkeiten?

ja     nein

**Erläuterungen:**

Befinden Sie sich wegen gesundheitlicher Probleme in ärztlicher/psychotherapeutischer Behandlung?

ja     nein

Geben Sie bitte Ihren Hausarzt/behandelnde Ärzte/Psychotherapeuten an:

**Hausarzt** (Name und Adresse)

**Fachärzte** (Name und Adresse)

**Psychotherapeuten** (Name und Adresse)

	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>	<b>Erläuterungen</b>
Sind Sie z. Z. krank-/arbeitsunfähig geschrieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seit wann?
			Weswegen?
Gab es in den letzten 12 Monaten Fehlzeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft?
			Weswegen?
			Wie lange?
Sind Sie bisher gutachterlich untersucht worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann?
			Durch wen?
			Auf wessen Veranlassung?

	Nein	Ja	Erläuterungen		
Liegt eine anerkannte Schwerbehinderung oder Gleichstellung vor?  Merkzeichen G, aG, B, H, Bl, Gl, RF, TBl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GdB:		
			Seit wann?		
			Welche?		
			Bitte den <b>Bescheid</b> des Versorgungsamtes mitbringen.		
Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dioptrienzahl	links	rechts
			Ferne:		
			Nähe:		
Betätigen Sie sich regelmäßig sportlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sportart:		
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seit wann?		
			Mengenangabe:		
Sind Sie Ex-Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seit wann?		
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art und Menge:		
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seit wann?		
			Welche?		
			Mengenangabe:		
Größe:			cm	Gewicht:	
					kg

### Medikamenteneinnahme

Nehmen Sie z. Z. Medikamente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Namen und Dosierung eintragen)				
Name	morgens	mittags	abends	bei Bedarf

## Jetzige Beschwerden

	Nein	Ja	Erläuterungen
1. Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Unklare Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Beschwerden beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Gynäkologische Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Sonstige Beschwerden (u.a. psychische Beeinträchtigungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### **Erklärung:**

Ich habe der untersuchenden Ärztin/dem untersuchenden Arzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige und richtige Angaben gemacht.

Ich bin damit einverstanden, dass im Gesundheitsamt evtl. bereits vorhandene Untersuchungsbefunde/Vorgänge zugezogen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass bei Vorliegen eines GdB, die im Sozialamt geführte Schwerbehindertenakte sowie die dort enthaltenen Befundberichte und Untersuchungsergebnisse zugezogen und verwendet werden dürfen.

Ich willige in die Weiterverarbeitung der zu meiner Person erhobenen Daten zur Eingehung eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses ein.

Ich bin mit der Übermittlung des Ergebnisses der Eingangsuntersuchung und evtl. dabei festgestellter Risikofaktoren an die personalverwaltende Stelle einverstanden.

Mit der Weitergabe von Einzelergebnissen bin ich einverstanden, wenn die personalverwaltende Stelle die Anforderung begründet und darlegt, aus welchen Gründen diese Angaben benötigt werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift