

# Anamnesebogen für das Gesundheitsamt

## Angaben zur Vorgeschichte

## Anlage

Name, Vorname	
_____	
Geburtsdatum	Telefon:
_____	
Straße/Hausnummer/Postleitzahl/Wohnort	
_____	

Die Kenntnis der Vorgeschichte ist für die Erstellung eines aussagekräftigen amtsärztlichen Zeugnisses wesentliche Voraussetzung. Wir bitten Sie deshalb, den Erhebungsbogen sorgfältig auszufüllen. Eine Verpflichtung dazu besteht allerdings nur bei Pflichtuntersuchungen. Ob eine solche vorliegt und welche Folgen eine Weigerung hätte, entnehmen Sie bitte dem Anforderungsschreiben der Dienststelle, das Sie auf Wunsch beim Gesundheitsamt nochmals gerne einsehen können.

Der Erhebungsbogen verbleibt beim Gesundheitsamt. Der Dienststelle, die das amtsärztliche Zeugnis angefordert hat bzw. für die das amtsärztliche Zeugnis bestimmt ist, wird nur das Ergebnis der Untersuchung im Sinne einer zusammenfassenden ärztlichen Bewertung mitgeteilt. Einzelergebnisse werden nur mit Ihrem EINVERSTÄNDNIS weitergeben, soweit nicht bei Untersuchungen auf Dienstfähigkeit, begrenzter Dienstfähigkeit oder Dienstunfähigkeit eine Befundmitteilung für die konkret anstehende Personalentscheidung erforderlich ist.

Zutreffendes bitte ankreuzen

### I. Vorgeschichte der zu untersuchenden Person

1.	Welche bedeutsamen Erkrankungen, insbesondere an Herz, Lunge (Tuberkulose), Leber, Niere, Verdauungsorganen, Schilddrüse, Wirbelsäule und Gliedmaßen sowie psychische Erkrankungen, Allergien und Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?	Art und Zeitpunkt der Erkrankung
		_____
		_____
		_____
		_____
		_____
	Operationen?	nein ja welche: _____
		wann: _____
	Unfälle?	nein ja welche: _____
		wann: _____
	Krankenhausaufenthalt(e)?	nein ja Grund: _____
		_____
		Zeitraum: _____
		_____
	Sanatoriums- oder Kuraufenthalt(e)?	nein ja Grund: _____
		Zeitraum: _____
		_____
2.	Zur Zeit Beschwerden?	nein ja welche: _____
		_____
		_____
		_____
		_____

- |     |   |      |              |  |
|-----|---|------|--------------|--|
| 3.  | Zur Zeit in ärztlicher Behandlung, Beratung oder Konsultation?            | nein | ja           | Grund sowie bitte auch Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes angeben:<br>_____<br>_____ |
| 4.  | Zur Zeit in psychotherapeutischer Behandlung, Beratung oder Konsultation? | nein | ja           | Grund sowie bitte auch Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes angeben:<br>_____<br>_____ |
| 5.  | Regelmäßige Arzneimitteleinnahme?   | nein | ja           | welche: _____<br>_____   |
| 6.  | Drogenkonsum?   | nein | ja           | welche: _____<br>_____   |
| 7.  | Rauchen?  | nein | gelegentlich | täglich ca. _____ Zigaretten<br>ca. _____ Zigarren<br>ca. _____ Pfeifen                    |
| 8.  | Alkoholkonsum?  | nein | gelegentlich | täglich _____ Flaschen Bier<br>_____ Viertel Wein<br>_____ Spirituosen                     |
| 9.  | Treiben Sie Sport?  | nein | ja           | Sportart: _____<br>Umfang: _____ Stunden pro Tag/pro Woche                                 |
| 10. | Sind Sie schwerbehindert oder gleichgestellt?                             | nein | ja           | Grad der Behinderung (GdB): _____  |

## II. Familienvorgeschichte

Bei den Eltern und Geschwistern sind folgende Krankheiten aufgetreten:

Bluthochdruck	nein	ja	
Nervenkrankheiten	nein	ja	
Diabetes	nein	ja	
Sonstige bedeutsame Krankheiten	nein	ja	welche: _____ _____

=====

Ort/Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_