

**Stadtgesundheitsamt**  
Ärztliche Dienstleistungen - Gutachten  
Berliner Str. 60, Südeingang  
63065 Offenbach  
Tel.: 069 8065-2411  
Fax: 069 8065-2129



Der Magistrat

Offenbach am Main, den

## Anamnesebogen und persönliche Erklärung

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

---

PLZ, Ort, Straße

### ANGABEN ZUR VORGESCHICHTE

(soweit zur Durchführung des Untersuchungsauftrages erforderlich)

Wurden Sie bereits in einem Gesundheitsamt untersucht?

nein     ja    wann? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_

weshalb? \_\_\_\_\_

### 1) Hat es in Ihrer engeren Familie (Eltern, Geschwister) ernsthafte Erkrankungen gegeben?

- Hoher Blutdruck     Herz- und Gefäß-Krankheiten     Diabetes mellitus     Fettstoffwechselstörung
- Nerven- oder Muskelerkrankungen
- Sonstige \_\_\_\_\_

### 2) Eigene Vorgeschichte

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten bzw. Krankheiten folgender Organe:

- Herz-, Kreislauf-, Gefäßkrankungen     Hoher / niedriger Blutdruck     Allergien     Asthma
- Tuberkulose     Hepatitis     Hirnhautentzündung     Andere Infektionskrankheiten
- Nervensystem     Seelische Störungen     Epilepsie     Sucht

- |                                       |  |   |  |
|---------------------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Haut         | <input type="checkbox"/> Augen                     | <input type="checkbox"/> Hals, Nase, Ohren  | <input type="checkbox"/> Bronchien / Lunge                     |
| <input type="checkbox"/> Magen / Darm | <input type="checkbox"/> Leber / Gallenblase       | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus                     |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule  | <input type="checkbox"/> Knochen- und Gelenksystem | <input type="checkbox"/> Rheuma             | <input type="checkbox"/> Unfälle/Verletzungen<br>Welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse  | <input type="checkbox"/> Nieren / Harnwege         | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen  |  |

Sonstige ernsthafte Erkrankungen:

\_\_\_\_\_

Keine ernsthaften Erkrankungen

### 3) Stationäre Behandlungen

Zeitpunkt / Dauer	Grund der Behandlung	Name und Ort des Krankenhauses / der Reha-Klinik

### 4) Wurden ambulante Operationen durchgeführt?

Zeitpunkt/Dauer	Operative Maßnahme	Name und Ort der Praxis / des Krankenhauses

### 5) Welche Folgen sind von den Krankheiten oder Verletzungen zurückgeblieben?

\_\_\_\_\_

## 6) Jetzige Beschwerden oder Krankheiten

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen                    | <input type="checkbox"/> Hörstörung             | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche                           | <input type="checkbox"/> Schwindel       |
| <input type="checkbox"/> Husten                          | <input type="checkbox"/> Heiserkeit             | <input type="checkbox"/> Atemnot                                | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen                 | <input type="checkbox"/> Schmerzen              | <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden                      | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß    |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit /<br>Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit       | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme /<br>Gewichtszunahme   |  |
| <input type="checkbox"/> Angstgefühle                    | <input type="checkbox"/> nervöse<br>Beschwerden | <input type="checkbox"/> Stimmungs- und<br>Antriebsschwankungen |  |
- Sonstige Beschwerden: \_\_\_\_\_
- 

Keine Beschwerden

## 7) Besteht eine vom Versorgungsamt anerkannte Behinderung oder Schwerbehinderung?

nein       ja, weshalb \_\_\_\_\_ GdB: \_\_\_\_\_

Merkzeichen: \_\_\_\_\_

## 8) Beziehen Sie eine Rente?

nein

ja, weshalb \_\_\_\_\_ MdE: \_\_\_\_\_

seit wann \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Rente beantragt?

nein

ja, weshalb \_\_\_\_\_

**9) Sind Sie zurzeit in Behandlung?**

nein

ja, weshalb \_\_\_\_\_

**10) Hausarzt / weitere behandelnde Ärzte / Therapeuten:**

\_\_\_\_\_

**11) Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?**

nein

ja, welche \_\_\_\_\_

**12) Betätigen Sie sich sportlich?**  nein  ja

**13) Rauchen Sie?**  nein  ja, seit \_\_\_\_\_ tägliche Menge \_\_\_\_\_

nicht mehr seit \_\_\_\_\_

**14) Nehmen Sie alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich?**

täglich

mehrmals wöchentlich

seltener

nie

**15) Nehmen Sie Drogen / psychoaktive Substanzen zu sich?**

täglich

mehrmals wöchentlich

seltener

nie

wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**16) Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?**  nein  ja

**17) Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (Musterung/Einstellung)?**

nein  ja, wo \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_

### **Unterrichtung und persönliche Erklärung:**

1. Diese Untersuchung erfolgt auf Grund § 10 Abs. 2 Hessisches Beamtenengesetz und dient der Feststellung meiner gesundheitlichen Eignung für die Berufung in ein Beamtenverhältnis.
2. Ich habe dem untersuchenden Arzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige Angaben gemacht.
3. Das Gesundheitsamt übersendet der personalführenden Stelle grundsätzlich nur ein Gesundheitszeugnis, das in der Regel das zusammenfassende Ergebnis der Untersuchung zu den im Gutachtauftrag gestellten Fragen enthält. Das Gesundheitsamt teilt darin die tragenden Feststellungen und Gründe mit, soweit dies unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit für die zu treffende Entscheidung erforderlich ist. Dieser Anamnesebogen und der Befundbogen verbleiben beim Gesundheitsamt.
4. Bei konkreten Zweifeln an der Vollständigkeit oder Aussagefähigkeit des Gesundheitszeugnisses oder dem darin festgestellten Ergebnis der Beurteilung ist die personalführende Stelle berechtigt und das Gesundheitsamt verpflichtet, die für das Gesundheitszeugnis maßgeblichen Einzeldaten zu übermitteln. Dies gilt auch, wenn die Einzeldaten für gerichtliche Streitverfahren benötigt werden.
5. Nr. 3 gilt immer nur dann, wenn ich vor der Übermittlung vom untersuchenden Arzt über Inhalt und Umfang der gutachterlichen Feststellungen aufgeklärt worden bin und mich schriftlich mit der Übermittlung einverstanden erklärt habe.
6. Ich bin weiter darüber informiert, dass ich Einsicht in die bei meiner Untersuchung gemachten Aufzeichnungen nehmen kann.
7. Soweit zur Durchführung der Untersuchung die Beiziehung von Unterlagen von Ärzten oder Krankenhäusern, die mich behandelt oder untersucht haben, erforderlich ist, erfolgt die Entbindung von der Schweigepflicht auf gesonderten Formularen, die den betroffenen Arzt, den Untersuchungszweck sowie die angeforderten Unterlagen im Einzelfall bezeichnen.

---

Datum/Unterschrift