

A n a m n e s e b o g e n

ANGABEN ZUR VORGESCHICHTE

(soweit zur Durchführung des Untersuchungsauftrages erforderlich)

Name (ggf. auch Geburtsname) _____

Vorname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Tel./Mobil _____

Wurden Sie bereits in einem Gesundheitsamt untersucht?

nein ja wann? _____ wo? _____

weshalb? _____

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

Herz- und Gefäßkrankungen Psychische Erkrankungen Krebserkrankungen

Sonstige (andere chronische oder vererbare Erkrankungen) _____

2) Eigene Vorgeschichte

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

Herz-Kreislauf-Gefäß-Erkrankungen/hoher oder niedriger Blutdruck _____

Lunge/Asthma/chronische Bronchitis/Tuberkulose _____

Wirbelsäule/Knochen- und Gelenksystem/Rheuma _____

Magen- und Darm/Leber (Gelbsucht)/Gallenblase/Bauchspeicheldrüse _____

Haut/Allergien _____

Nervenerkrankungen/seelische Störungen/Krampfanfälle/Sucht _____

Stoffwechselerkrankungen/Schilddrüse/Diabetes mellitus _____

Nieren/Harnwege _____

Hals-Nasen-Ohren/Augen _____

Krebserkrankungen _____

andere Infektionskrankheiten _____

Unfälle/Verletzungen/Operationen _____

sonstige ernsthafte Erkrankungen _____

3) Besteht eine vom Versorgungsamt anerkannte Schwerbehinderung?

nein ja, weshalb? _____ GdB: _____

4) Beziehen Sie eine Rente?

nein ja MdE: _____ seit wann? _____

Haben Sie eine Rente beantragt? nein ja, weshalb? _____

5) Jetzige Beschwerden oder Krankheiten: keine Beschwerden

- Sehstörungen Hörstörungen Ohrgeräusche Schwindel
- Husten Heiserkeit Atemnot Herzbeschwerden
- Schlafstörungen Schmerzen Gelenkbeschwerden Nachtschweiß
- Abgeschlagenheit/Müdigkeit Stimmungs- und Antriebsschwankungen
- Angstgefühle nervöse Beschwerden
- Appetitlosigkeit Gewichtsabnahme/Gewichtszunahme Durchfall/Erbrechen
- sonstige Beschwerden _____

6) Sind Sie zurzeit in Behandlung?

nein ja, weshalb? _____

7) Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

nein ja, welche? _____

8) Rauchen Sie? nein ja, wie viel? _____

Trinken Sie Alkohol? nein ja, wie viel? _____

Nehmen Sie Drogen? nein ja, welche? _____

9) Name des Hausarztes/-ärztin / weitere behandelnde Ärzte/Therapeuten:

10) Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig? nein ja

11) Betätigen Sie sich sportlich? nein ja, welche Sportart _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Angaben wahrheitsgemäß sind.

Datum / Unterschrift

Unterrichtung und persönliche Erklärung

1. Die Datenerhebung bei dieser Untersuchung erfolgt auf Grund von §§ 14 und 18 zum Hessischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) in Verbindung mit den einschlägigen arbeits- und beamtenrechtlichen Vorschriften.
2. Ich habe dem untersuchenden Arzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige Angaben gemacht.
3. Das Gesundheitsamt übersendet der auftraggebenden personalführenden Stelle grundsätzlich nur ein Gesundheitszeugnis, das in der Regel lediglich das zusammenfassende Ergebnis der Untersuchung zu den im Gutachtenauftrag gestellten Fragen enthält.
4. Bei konkreten Zweifeln an der Vollständigkeit oder Aussagefähigkeit des Gesundheitszeugnisses oder dem darin festgestellten Ergebnis der Beurteilung ist die auftraggebende 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. 4 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 Einzelnen bezeichnen.

Datum / Unterschrift

Schweigepflichtentbindung

Gegenüber dem **Gesundheitsamt des Landkreises Gießen** entbinde ich,

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(PLZ, Wohnort, Straße)

hiermit meine behandelnde Ärztin / meinen behandelnden Arzt

(Name, Anschrift)

von ihrer/seiner **ärztlichen Schweigepflicht**.

Meine dort befindlichen Unterlagen werden für

(Grund der Akteneinsicht bzw. Untersuchungszweck)

benötigt.

Datum

U n t e r s c h r i f t