

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Mailadresse:

Begutachtungsanlass:

Angaben zur Vorgeschichte (soweit zur Durchführung des Untersuchungsauftrages erforderlich)	Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen
---	--

Wurden Sie bereits in einem Gesundheitsamt (oder einer anderen ärztlichen Stelle) untersucht?

Nein Ja Wann? Wo?
Weshalb?

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

- hoher Blutdruck
- Herz- und Gefäßkrankheiten
- Diabetes mellitus
- Fettstoffwechselstörung
- Nerven- oder Muskelerkrankungen
- Krebs
- Allergien
- Sucht
- Sonstiges

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
- Haut
- Augen
- Hals, Nase, Ohren
- Bronchien/Lunge
- Magen/Darm
- Leber/Galle
- Bauchspeicheldrüse
- Diabetes mellitus
- Wirbelsäule
- Knochen- und Gelenksystem
- Rheuma
- Unfälle/Verletzungen
- Schilddrüse
- Nieren / Harnwege
- Krebserkrankungen
- Sonstiges ernsthafte Erkrankungen:
- keine ernsthafte Erkrankungen

Gesundheitsamt der Stadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg

Name:

3) Stationäre Behandlungen

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

4) Wurden ambulante Operationen durchgeführt?

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

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

6) Jetzige Beschwerden oder Krankheiten

- Sehstörungen Hörstörung Ohrgeräusche Schwindel
- Brille/Kontaktlinsen Hörgerät
- Husten Heiserkeit Atemnot Herzbeschwerden
- Schlafstörungen Schmerzen Gelenkbeschwerden Nachtschweiß
- Abgeschlagenheit/ Müdigkeit Appetitlosigkeit Gewichtsabnahme/ Gewichtszunahme Krampfanfälle
- Angstgefühle Nervöse Beschwerden Stimmungs- und Antriebsschwankungen
- Sonstiges 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

Gesundheitsamt der Stadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg

Name:

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) Treiben Sie regelmäßig Sport?

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: