

5) Eigene Vorgeschichte

- Folgende Krankheiten/Krankheiten folgender Organe/Behinderungen lagen vor/liegen noch vor:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Röteln (bei Frauen) | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Nieren |
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Harnblase |
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheit |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Krampfadern, Thrombose, Embolie |
| <input type="checkbox"/> Atemwege | <input type="checkbox"/> Rheumatismus |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Knochen, Gelenke, Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Mandelentzündung | <input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> psychische Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm | <input type="checkbox"/> körperliche/geistige/seelische Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Unfälle _____ |
|
 | _____ |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Operationen _____ |
|
 | _____ |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> andere Krankheit(en)/Behinderung(en) _____ |
| | _____ |

Wann?	Krankheit	Dauer	Behandelnder Arzt/Krankenhaus oder Sanatorium/Kurarzt
Beispiel: Sommer 69 Winter 70	Scharlach Unterarmbruch rechts	4 Wochen 3 Wochen	Dr. Barth/Flöha Kreiskrankenhaus Oschatz

Welche Folgen von Krankheiten oder Verletzungen sind zurückgeblieben?

Bei Frauen: Geburten (Angabe des Jahres)

6) Jetzige Beschwerden

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Verdauungs-/Stuhlgangsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Augenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme |
| <input type="checkbox"/> Hals-/Nasen-/Ohrenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Anfälle | <input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Zittern | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> andere Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> psychische Beschwerden, Stimmungs-/Antriebsstörungen |
| <input type="checkbox"/> andere _____ | |
| | _____ |
| | _____ |

keine

7) Haben Sie eine Rente beantragt?

nein ja Grund: _____

8) Sind Sie schwerbehindert?

nein ja Grund: _____ GdB: _____ %

9) Wurden früher Röntgenuntersuchungen durchgeführt?

nein ja

(Nach Möglichkeit bitte Bilder und Befunde zum Untersuchungstermin mitbringen.)

10) Sind Sie zurzeit in Behandlung?

nein ja Grund: _____

11) Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

nein ja welche? _____ seit: _____

12) Namen der behandelnden Ärzte/Therapeuten:

13) Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?

nein ja

14) Treiben Sie Sport?

nein ja welchen? _____

15) Tragen Sie eine Sehhilfe?

nein ja Brille Haftschalen Glasstärke: re.: _____ li.: _____

16) Rauchen Sie?

nein ja, seit dem Jahr _____ tägliche Menge _____

17) Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich?

nein ja, seit dem Jahr _____ tägliche Menge _____

18) Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten regelmäßig Medikamente genommen?

nein ja, seit dem Jahr _____ welche? _____

19) Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten gelegentlich oder regelmäßig illegale Drogen zu sich genommen?

nein ja, seit dem Jahr _____ welche? _____

Erklärung:

1. Ich habe dem begutachtenden Arzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige Angaben gemacht.
2. Das Gesundheitsamt überlässt der das Gutachten/Zeugnis veranlassenden Stelle grundsätzlich nur das Gutachten/Zeugnis; es enthält in der Regel nur das zusammenfassende Ergebnis der Begutachtung zu den gestellten Fragen.
3. Bei begründetem Zweifel an Vollständigkeit, Aussagefähigkeit oder Ergebnis des Gutachtens/Zeugnisses ist die veranlassende Stelle berechtigt und das Gesundheitsamt verpflichtet, die für das Gutachten/Zeugnis maßgeblichen Einzeldaten zu übermitteln. Das gilt auch, wenn diese für ein Gerichtsverfahren benötigt werden.
4. Bei einer Untersuchung, der ich mich freiwillig unterziehe, gilt Nummer 3 nur, wenn mich der begutachtende Arzt, bevor er Einzeldaten übermittelt, über Inhalt und Umfang des Gutachtens/Zeugnisses aufgeklärt hat und ich mich schriftlich mit der Übermittlung einverstanden erklärt habe.
5. Ich weiß, dass ich die bei meiner Untersuchung gemachten Aufzeichnungen (außer persönliche Notizen des Arztes) einsehen kann.
6. Soweit es für die Begutachtung notwendig ist, Unterlagen von Ärzten oder Krankenhäusern beizuziehen, die mich untersucht oder behandelt haben, werde ich sie auf besonderen Formularen von der Schweigepflicht entbinden; dabei werden der betreffende Arzt oder das betreffende Krankenhaus, der Untersuchungszweck und die benötigten Unterlagen im Einzelnen bezeichnet werden.
7. Ich weiß, dass es grundsätzlich meiner Einwilligung bedarf, wenn der begutachtende Arzt der veranlassenden Stelle mitteilt, es sei eine zusätzliche (fach) ärztliche Untersuchung erforderlich.

Datum, Unterschrift