
Titel, Vorname, Nachname, Geburtsname, Geburtsdatum

Anschrift:

E-Mail, Telefonnummer, Mobilnummer

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

Soweit in einzelnen Fragen kein Zeitraum genannt ist, legen Sie bitte ausgehend von Ihrem aktuellen Gesundheitszustand die letzten 5 Jahre zugrunde.

In dem Textfeld „Beschreibung“ legen Sie ggf. bitte insbesondere dar,

- welche gesundheitlichen Beschwerden oder Funktionsstörungen aufgrund welcher Krankheiten oder Verletzungen vorliegen,
- die Häufigkeit der Beschwerden oder Funktionsstörungen (einschließlich des Zeitpunkts des letztmaligen Auftretens),
- Art der Behandlung (Medikamente, ärztliche Behandlung),
- bei den Fragen zu „Medikamenten“ welche diese sind (oder waren), in welchem Zeitraum und aus welchem Grund sie genommen wurden und von welchem Arzt (Fachrichtung) sie verordnet wurden,
- bei den Fragen zu „Betäubungsmitteln/Drogen“ welche diese sind (oder waren), in welchem Zeitraum und wie lange sie insgesamt genommen wurden,
- Dauerfolgen (soweit bekannt).

Fragebogen

 Titel, Vorname, Nachname, Geburtsname, Geburtsdatum

 Anschrift:

 E-Mail, Telefonnummer, Mobilnummer

| | |
|--|--|
| Größe: cm | Gewicht: KG |
|--|--|

Sind oder waren Sie in Behandlung, Beratung oder Untersuchung bei

- Ärztinnen, Ärzten
- Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten oder
- Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (Heilpraktikerinnen/Heilpraktiker, Krankengymnastinnen/Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten etc.)?

wegen:

| | | nein | ja |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. | des Kopfes oder des Gesichtes (z. B. Kopfschmerzen, Migräne, Taubheitsgefühle, Schmerzen,)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |
| 2. | des Nervensystems (z. B. Anfallsleiden/Epilepsie, Parkinson, Multiple Sklerose, Lähmungen,)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |
| 3. | der Psyche (z. B. Angstzustände, Erschöpfungszustände, ärztlich festgestellte und/oder behandelte Belastungsreaktion, posttraumatische Belastungsstörung, chronische Müdigkeit, Burn-Out-Syndrom, Essstörung, Reizdarm, neurotische und/oder Verhaltensstörungen, psychosomatische Beschwerden, Persönlichkeitsstörung, Depression, Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS/ADHS), Psychose, Selbsttötungsversuche, selbstverletzendes Verhalten,)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |
| 4. | der Augen (Sehstörung, Hornhaut- oder Netzhauterkrankungen, Fehlsichtigkeit, grauer oder grüner Star, Iritis,)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |
| 5. | der Ohren, der Sinnesorgane oder des Gleichgewichtsorgans (z.B. Ohrengeräusche, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen, verminderter Geschmacks- oder Geruchssinn, Schwindel,)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |

| | | nein | ja |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 6. | der Atmungsorgane (z. B. Neigung zu Erkältungskrankheiten, Bronchitis, Rachen- und Mandelentzündungen, länger anhaltende Heiserkeit, Lungenentzündung, Bronchialasthma, Heuschnupfen,?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |
| 7. | des Herzens, des Kreislaufs oder der Blutgefäße (z. B. Bluthochdruck, Gefäßerkrankung, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung, Thrombosen, Embolien,)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |
| 8. | der Speiseröhre, des Magens, des Darmes (z. B. Entzündungen und Geschwüre,)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |
| 9. | der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Galle, der Milz (z. B. erhöhte Leberwerte,)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |
| 10. | der Nieren und Harnwege (z. B. Zysten, Neubildungen, Blut und/oder Eiweiß im Urin,)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |
| 11. | der Geschlechtsorgane (z. B. Infektionskrankheiten, Prostataentzündung, Hoden-Tumor, bösartige Veränderungen der Brust, ...)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |
| 12. | des Hormonstoffwechsels (z. B. erhöhter Blutzucker, Schilddrüsenfunktionsstörung, Fettwerte, Gicht,)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |
| 13. | des Blutes, der blutbildenden Organe, des Immunsystems (z. B. Blutarmut, Eisenmangel, Blut- oder Lymphdrüsenkrebs, Immunmangel; Gerinnungsstörung,)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |
| 14. | der Haut oder Allergien (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Entfernung von Muttermalen, Hausstaub-/Medikamenten/Insektenallergie, Heuschnupfen, allergisches Asthma, ...)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |
| 15. | des Haltungs- und Bewegungsapparates, rheumatischer Erkrankungen, (z. B. Verkrümmungen der Wirbelsäule, HWS-, BWS-, LWS-Syndrome, Rücken-/Nackenschmerzen, Ischias, Hexenschuss, Gelenkentzündungen, Bänder- oder Meniskusschäden,....)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |
| 16. | bösartiger Erkrankungen (z. B. der Organe, des Blutes, des Lymphknotens, der Geschlechtsteile,)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |

Medikamente

| | | nein | ja |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Nehmen oder nahmen Sie innerhalb des letzten Jahres verschreibungspflichtige Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |
| 2. | Nehmen oder nahmen Sie innerhalb des letzten Jahres regelmäßig Schmerzmittel ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |
| 3. | Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Schlafmittel, Beruhigungsmittel oder andere Psychopharmaka ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |

Betäubungsmittel/Drogen

| | | nein | ja |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Betäubungsmittel/Drogen ein oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmitteln oder Drogen beraten oder behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |

Sonstiges

| | | nein | ja |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Bestehen oder bestanden jemals Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Antragstellung/Anerkennung einer Behinderung (GdB/MdE), einer Wehrdienstbeschädigung oder einer Entschädigung aus dem Sozialen Entschädigungsrecht? Falls ja, bitte Kopie des Bescheides beifügen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | GdB/MdE: | | |
| 2. | Beziehen oder bezogen Sie jemals Rente aus gesundheitlichen Gründen oder ist eine solche beantragt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Gründe: | | |
| 3. | Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 10 Arbeitstage ununterbrochen krank? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung: | | |
| 4. | Wurden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Röntgenbilder, Computertomographien, Kernspintomographien angefertigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung (wann? welche? aus welchem Grund? von welchem Facharzt veranlasst?) | | |

| | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. | Waren Sie in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus, in einer Rehabilitationsmaßnahme (Reha-Klinik, ambulante Rehabilitation, Kurklinik o. ä.)? Falls ja, bitte Kopie der Abschlussberichte beifügen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Beschreibung (Einrichtung, Zeitpunkt, Art der Behandlung, Dauerfolgen (soweit bekannt): | | |

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben.

(Datum, Unterschrift)

Gesundheitsamt Bremen
Amtsärztlicher Dienst
Horner Str. 60-70
28203 Bremen

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Titel, Vorname, Nachname, Geburtsname, Geburtsdatum

Anschrift:

E-Mail, Telefonnummer, Mobilnummer

entbinde hiermit die Ärztin/den Arzt

Dr. Vorname Name/**Fachrichtung**

Anschrift:

von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass meine sämtlichen medizinischen Unterlagen und Daten auf Anforderung dem Gesundheitsamt Bremen, Amtsärztlicher Dienst, Horner Str. 60-70, 28203 Bremen, übermittelt werden, um diese im Rahmen des Bewerbungsverfahrens für die Berufung in das Beamtenverhältnis in die Prüfung der gesundheitlichen Eignung einzubeziehen.

Es dürfen medizinische Auskünfte über mich dem Amtsärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes Bremen gegeben werden.

| | |
|------------------------------|---|
| <hr/> <hr/> Ort, Datum | <hr/> <hr/> Unterschrift der Ausstellerin/des Ausstellers |
|------------------------------|---|