

Vorgeschichte, aktuelle Beschwerden und Berufstätigkeit

(zum Verbleib im Gesundheitsamt)

Name, ggf. Geburtsname	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr., PLZ Ort		
Telefonische Erreichbarkeit:		E-Mail:

Wurden Sie bereits einmal in einem Gesundheitsamt untersucht? nein ja - wo? _____
wann? _____ warum? _____

Lagen oder liegen bei Ihnen Krankheiten/Behinderungen bzw. Erkrankungen folgender Organe vor:

- Herz Bluthochdruck Lunge/Bronchien/Asthma/Tbc Allergie Haut
 Rheuma Schilddrüse Leber Gallenblase Gelbsucht Bauchspeicheldrüse
 Magen Darm Nieren Harnblase Prostata Krampfadern/Thrombose/Embolie
 Diabetes Blutfetterhöhung Gicht Wirbelsäule/Knochen/Gelenke/Knochenbruch
 Infektionserkrankungen gynäkologische Leiden Nervenerkrankungen (Neurologie)
 seelische Leiden (Psychotherapie/Psychiatrie)
 andere: _____
 Bei mir **lagen und liegen** keine Erkrankungen oder Behinderungen vor. Ich war immer gesund.

Krankenhausaufenthalte		ambulante Operationen	Kuren	Reha-Maßnahmen
wann?	warum?	wo?		Dauer?

Beziehen Sie eine Rente wegen Unfall, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder haben Sie eine beantragt?

nein ja, wegen _____
festgestellte Minderung der Erwerbsfähigkeit: _____ %

Sind Sie (schwer-) behindert oder haben Sie die Anerkennung einer (Schwer-) Behinderung beim Versorgungsamt beantragt? nein ja, wegen _____

anerkannter Grad der Behinderung: _____ beantragt am _____, aber noch nicht anerkannt

Bestehen jetzt noch Folgen früherer Erkrankungen oder Verletzungen? nein ja: _____

Wurden Sie 2 x gegen Masern geimpft? nein ja

Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig? ja nein, ich habe folgende Beschwerden: _____

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten Arztkontakte? nein ja Hausarzt/ärztin Facharzt/ärztin

Name _____

wegen _____

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben? nein ja - seit wann? _____

durch wen? _____

Wurden oder werden Sie psychotherapeutisch behandelt? nein ja, durch _____

ggf. (seit) wann? _____ wegen _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? nein ja, folgende (Dosis?) _____

Treiben Sie Sport? nein ja: _____ wie oft? _____

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? nein ja, wegen _____

Rauchen Sie? nie oder früher oder ja, seit _____

was? _____ wie viel? _____

Trinken Sie Alkohol? nie oder täglich oder an _____ Tagen/Woche

oder _____

was? _____ wie viel? _____

Besteht bei Ihnen eine Abhängigkeit von legalen oder illegalen Drogen (ggf. eine Sucht)? nein ja

welche Droge(n)/Sucht? _____ seit wann? _____

Welchen Beruf haben Sie erlernt? _____

Welcher Berufstätigkeit sind Sie in den letzten fünf Jahren nachgegangen? _____

Sind Sie in den letzten fünf Jahren krank gewesen?

nein, keinen Tag ja Wann? Welche Erkrankung(en)? Dauer?

Ich habe diesen Fragebogen sorgfältig ausgefüllt und vollständige, wahrheitsgemäße Angaben gemacht.

Datum

Unterschrift