

Anamnesebogen



SACHSEN-ANHALT
Ministerium für
Justiz und Verbraucherschutz

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Tel-Nr.

Anschrift

erlernter Beruf

zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit

Erklärung

Ich bin bereit, der oder dem untersuchenden Polizeiärztin oder Polizeiarzt alle Umstände zu offenbaren, die für die Beurteilung meines Gesundheitszustands bedeutsam sein können. Ich nehme zur Kenntnis, dass das Verschweigen bestehender Beschwerden und früherer Krankheiten die Entlassung aus dem Justizvollzugsdienst nach sich ziehen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass das anlässlich meiner Einstellung in den Justizvollzugsdienst erstellte ärztliche Gutachten zur Beurteilung der Justizvollzugsdiensttauglichkeit mit allen Anlagen integraler Bestandteil der beim Ärztlichen Dienst der Polizei geführten Unterlagen ist und bei dienstrechtlichen Entscheidungen mit herangezogen werden kann.

Ich bin bereit, die für die Beurteilung benötigten ärztlichen Unterlagen, Befunde und Bescheinigungen zu beschaffen und der Polizeiärztin oder dem Polizeiarzt zur Verfügung zu stellen. Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Polizeiärztin oder der Polizeiarzt, falls nötig, weitere Auskünfte über frühere Erkrankungen oder Untersuchungen einholt und die zur Feststellung der Justizvollzugsdiensttauglichkeit nach der Polizeidienstvorschrift (PDV 300) notwendigen Untersuchungen sowie Labortests durchführt. Ich bin darüber informiert, dass die Einstellungsbehörde ein ärztliches Gutachten erhält, das die ärztliche Beurteilung „justizvollzugsdiensttauglich“ oder „justizvollzugsdienstuntauglich“ enthält.

Ort, Datum

Unterschrift

Bei Minderjährigen ist die Unterschrift der oder des Sorgeberechtigten zwingend erforderlich. Sind zwei Personen sorgeberechtigt, müssen auch beide unterschreiben.

Bitte nutzen Sie hierzu die nachfolgenden Möglichkeiten.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Anamnesebogen

Vertraulich Arztsache

Die nachfolgenden Fragen sind einzeln und vollständig zu beantworten. Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte ein formloses Blatt bei und beschriften dieses mit „Anlage zum Anamnesebogen“.

Erkrankungen naher Verwandter

1. Sind bei Eltern, Geschwistern oder anderen nahen Verwandten Tuberkulose, Zuckerkrankheiten, hoher Blutdruck, Nerven- oder Gemütskrankheiten, Selbsttötungen vorgekommen?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an, bei wem welche Erkrankung zutrifft)

.....
.....
.....
.....

Eigene Erkrankungen

Werden Fragen mit **ja** beantwortet, geben Sie bitte an welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorliegen und wann sie bestanden bzw. seit wann sie bestehen.

Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:

2. des Herzens oder der Kreislauforgane z. B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Herzschmerzen, Atemnot bei Anstrengungen, erhöhtem oder zu niedrigem Blutdruck, Embolie?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

3. der Atmungsorgane, z. B. Tuberkulose, Rippen-(Brust-)fellentzündung, wiederholter oder länger andauernder Bronchitis, Asthma, Heuschnupfen oder anderen Allergien, Stirn- oder Kieferhöhlenvereiterung?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

4. der Verdauungsorgane, z. B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leber- oder Gallenblasenleiden, Gelbsucht, Stuhlverstopfung?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

5. der Harn- und Geschlechtsorgane, z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, erschwertem oder blutigem Harnlassen, Eiweißausscheidung, Hodenentzündungen oder Eierstockentzündungen?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....

6. des Gehirns oder Rückenmarks, an Gemüts- oder Geistesstörungen, z. B. Depressionen, Epilepsie, Krämpfen, Schwindel, Bettnässen, Ohnmachten Lähmungen, häufigen oder anfallartigen Kopfschmerzen, Sprachstörungen?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

7. der Augen, z. B. Herabsetzung der Sehschärfe (wenn Brillen- oder Kontaktlinsenträger, Stärke der Gläser angeben), Korrekturlinsen, Laseroperation, Farbenschwäche, häufigen Bindehautentzündungen?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

8. der Ohren, z. B. Mittelohrentzündung, Ohrenfluss, Schwerhörigkeit? Haben Sie Arbeiten unter starker Lärmentwicklung verrichtet?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

9. der Haut, z. B. Ausschlag oder Flechte, Nesselfieber, Milchschorf, andere allergische Hauterscheinungen?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

10. der Wirbelsäule, Knochen und Gelenke, z. B. Nacken- oder Rückenschmerzen, Hexenschuss, Ischias, Knochenbrüche, Sportverletzungen? Wurde Ihnen orthopädisches Turnen verordnet?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

11. der Lymphknoten, der Milz, des Blutes?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

12. an Stoffwechselerkrankungen, z. B. Zuckerkrankheit, Funktionsstörungen der Schilddrüse, Gicht?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

13. an Geschwülsten?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

14. an Gelenkrheumatismus? Mit oder ohne Herzbeteiligung?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

15. an ansteckenden Krankheiten, z. B. Tuberkulose, Kinderlähmung, Diphtherie, Scharlach, Gelbsucht, Typhus, Ruhr, Geschlechtskrankheiten?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

16. an sonstigen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

Allgemeine Gesundheit und Untersuchungen

17. Haben Sie eine gesundheitsbelastende Tätigkeit ausgeführt, die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen erfordert?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

18. Sind Sie mit Medikamenten behandelt worden, die Herz, Kreislauf, Psyche oder Stoffwechselfvorgänge beeinflussen?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

19. Nehmen oder nahmen Sie Medikamente oder Drogen?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

20. Haben Sie durch einen Unfall Verletzungen erlitten (z. B. Gehirnerschütterung, Schädelbruch)? Haben Sie Vergiftungen erlitten?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

21. Stehen oder standen Sie in nervenärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung oder ist eine entsprechende Beratung oder Behandlung vorgesehen?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

22. Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?

nein ja

.....
.....
.....

23. Sind Sie operiert worden? Ist eine Operation vorgesehen?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

24. Wurden bei Ihnen besondere medizinisch-technische Untersuchungen durchgeführt (Röntgen, Ultraschall, Endoskopie und / oder andere bildgebende Verfahren)?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

25. Wurden Sie mit Röntgen- oder sonstigen Strahlen behandelt?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

26. Sind Sie in einem Krankenhaus, Sanatorium, Gesundheits- oder Versorgungsamt oder einer Heilstätte oder Kuranstalt untersucht oder behandelt worden?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und durch wen)

.....
.....
.....

27. Sind Sie durch Ärztinnen oder Ärzte, außer den bereits angegebenen, in den letzten fünf Jahren untersucht oder behandelt worden?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

28. Bezogen, beziehen oder beantragen Sie eine Rente, aufgrund gesundheitlicher Schäden oder verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit?

nein ja und zwar (bitte geben Sie an wann und welche)

.....
.....
.....

29. Sind Sie bereits bei der Polizei, auch bei der Bundespolizei (ehemals Bundesgrenzschutz), bei der Bundeswehr oder bei einer sonstigen Behörde ärztlich untersucht worden?

nein ja und zwar (bitte Datum und das Ergebnis / den Tauglichkeitsgrad angeben)

.....
.....
.....

30. Wurden Sie bisher geimpft?

nein ja und zwar gegen (bitte geben Sie auch das jeweilige Datum an)

.....
.....
.....

31. Treiben Sie Sport (Leistungssport)?

nein ja und zwar (bitte geben Sie die Sportarten an)

.....
.....
.....

32. Rauchen Sie oder trinken Sie Alkohol?

nein ja und zwar (bitte geben Sie Häufigkeit und Menge an)

.....
.....
.....

Ich versichere, dass ich die Angaben zum Anamnesebogen nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift