



Vertrauliche Personalsache
Gesundheitsamt Lübeck
Amtsärztlicher Dienst
Sophienstraße 2-8
23560 Lübeck

Gesundheitsfragebogen zur Vorbereitung einer amtsärztlichen Untersuchung

Angaben zur Person

Anrede

Vorname

Nachname

Geburtsname (falls abweichend)

Geburtsdatum

Geburtsort

Familienstand

Haben Sie Kinder?

ja nein

Wie alt sind Ihre Kinder?

Anschrift

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Kontaktdaten

Dienststelle/Arbeitgeber

Telefon Dienststelle/Arbeitgeber

Telefon privat

E-Mail-Adresse



Ausbildung und Beruf

Welche Ausbildung bzw. welchen Schul-/Hochschulabschluss haben Sie?

Was ist Ihr aktueller bzw. letzter Beruf?

Welche Berufe haben Sie zuvor ausgeübt?

Angaben zur Familiengeschichte

Ist einer Ihrer Eltern vor dem 60. Lebensjahr verstorben?

ja nein

Haben Sie Geschwister?

ja nein Anzahl Geschwister:

Sind bei Ihren Eltern oder Geschwistern folgende Krankheiten bekannt:

psychische Krankheiten/Depressionen?

ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes)

ja nein

Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzerkrankungen vor dem 60. Lebensjahr

ja nein

Krebserkrankungen

ja nein

Persönliche Angaben

Körpergröße in cm

Gewicht in kg

Haben Sie in den letzten 5 Jahren deutlich an Gewicht zu- oder abgenommen?

ja nein

Treiben Sie regelmäßig (wöchentlich) Sport?

Wer ist Ihr/e Hausarzt:in?

Angaben zur eigenen Vorgeschichte

Haben oder hatten Sie:

Kinderkrankheiten mit bleibenden Folgen?

ja nein

Gelbsucht (nach dem Säuglingsalter)

ja nein

Kontakt zu Infektionspatienten

ja nein

Aufenthalte in Ländern mit niedrigem medizinischem Versorgungsniveau in den letzten 12 Monaten?

ja nein Wenn ja, wo genau?

Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Schmerzmittel ein?

ja nein Wenn ja, welche?

Nehmen oder nahmen Sie verschreibungspflichtige Medikamente ein?

ja nein Wenn ja, welche?

Konsumier(t)en Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Nikotin, Alkohol oder Drogen?

ja nein Wenn ja, welche
und wann?

Sind Sie bereits operiert worden?

ja nein Wenn ja, woran
und wann?

Haben oder hatten Sie ernste Unfälle?

ja nein Wenn ja, welche
und wann?

Haben Sie im Augenblick gesundheitliche Probleme?

ja nein Wenn ja, welche?

Behandlung, Beratung oder Untersuchung

Sind oder waren Sie in Behandlung, Beratung oder Untersuchung bei

- Ärztinnen oder Ärzten
 - Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten
 - Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (Heilpraktiker:in, Physiotherapeut:in,...)
- wegen:

anhaltender oder wiederkehrender Schmerzen?

ja nein zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

Störungen im Bereich der Augen (z.B. Sehstörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankungen, Fehlsichtigkeit, grauer oder grüner Star, Iritis, Sehnerventzündung)?

ja nein zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

Störungen des Gehörs oder des Gleichgewichtsorgans (z.B. anhaltende Ohrgeräusche, Hörsturz, vermindertem Hörvermögen, Schwindel)?

ja nein zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

Störungen im Bereich der Atemwege und der Lunge (z.B. häufige Erkältungen (> 4x pro Jahr), Bronchitis, Asthma, COPD, Rachen- oder Mandelentzündungen etc.)?

ja nein zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

Allergien?

ja nein

Welche?:

Erkrankungen der Haut (z.B. Gelbfärbung, Neubildungen, Schuppenflechte, Pemphigoid)?

ja nein zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

Infektionskrankheiten mit anhaltenden oder wiederkehrenden Krankheitssymptomen (z.B. Malaria, Hepatitis, Tuberkulose)?

ja nein zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

Erkrankungen im Bereich der Gefäße (Blut- oder Lymphgefäße) oder Herz- und Kreislauferkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Gefäßerkrankungen, Herzinfarkt/ -klappenerkrankung/ -schwäche, Thrombosen, Embolien, Durchblutungsstörungen)?

ja nein zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

Stoffwechselerkrankungen oder Hormonstörungen (z.B. erhöhtem Blutzucker, Schilddrüsenüberfunktion oder -unterfunktion, Gicht, erhöhten Blutfetten)?

ja nein zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

Erkrankungen der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Gallenblase, der Milz (z.B. Entzündungen wie Hepatitis, Pankreatitis, Gallensteinbildung)?

ja nein zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens oder des Darms (z.B. Refluxösophagitis (Sodbrennen), Magenschleimhautentzündung, Reizdarm, Morbus Crohn, Zöliakie, Teerstuhl)?

ja nein zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege (z.B. Zysten, Neubildungen, Steinbildung, wiederholtes/anhaltendes Auftreten von Blut- und Eiweiß im Urin, wiederholte Harnwegsinfekte)?

ja nein zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

neurologischer Störungen (z.B. Anfallsleiden/Epilepsie, Multipler Sklerose, Lähmungen, Ausfallerscheinungen, wiederkehrender Kopfschmerzen, Migräne, Parkinson)?

ja nein zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

psychischer Störungen (z.B. neurotischer Störungen wie Angststörungen, Belastungsreaktionen, Burn Out Syndrom, Schlafstörungen, posttraumatischer Belastungsstörungen, psychosomatischer Beschwerden, Essstörungen, Gefühlsstörungen wie Depressionen, psychotischer Störungen, Persönlichkeitsstörungen, selbstverletzendes Verhalten, Selbsttötungsversuch, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Suchtproblemen, Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlungen)?

ja nein zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

Erkrankungen der Geschlechtsorgane einschließlich der Brust (z.B. Infektionskrankheiten, Entzündungen, bösartige Veränderungen, kosmetische Operationen)?

ja nein zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

bösartige Neubildungen?

ja nein

Beschreibung:

Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparates, rheumatischer Erkrankungen (z.B. Verkrümmungen der Wirbelsäule, HWS-, BWS-, LWS-Syndrome, Rücken-/Nackenschmerzen etc.)?

ja nein zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Leiden Sie unter:

- nächtlichem Wasserlassen
- Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit bei Anstrengung
- Wassereinlagerungen in den Beinen
- Kreislaufproblemen/Ohnmacht
- Nachtschweiß (die Bettwäsche ist durchnässt)
- Fieber ohne eindeutigen Grund
- ungewolltem Gewichtsverlust
- Keine derartigen Beschwerden

Bestehen oder bestanden jemals Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Antragstellung/Anerkennung einer Behinderung (GdB/MdE/GdS), einer Wehrdienstbeschädigung oder einer Entschädigung aus dem sozialen Entschädigungsrecht?

ja nein

Bei ja: Bitte fügen Sie eine Kopie des Schwerbehindertenausweises oder des Bescheides bei.

Begründung:

Beziehen oder bezogen Sie Rente aus gesundheitlichen Gründen, wegen eines Unfalls oder ist eine solche beantragt?

ja nein

Begründung:

Wurden bei Ihnen invasive oder bildgebende Diagnostik durchgeführt (z. B. Gastroskopie, Coloskopie, Röntgenbilder, Computertomographie, Kernspintomographie o. ä.)?

ja nein

Beschreibung:

Waren Sie jemals in ambulanter, teilstationärer oder stationärer Behandlung oder in einer Reha-Maßnahme (Krankenhaus, Tagesklinik, Reha-Klinik, ambulante Rehabilitation, Kurklinik o.ä.)?

ja nein

Beschreibung:

Wie viel Flüssigkeit (z.B. Wasser, Tee, Kaffee) nehmen Sie durchschnittlich täglich zu sich?

Masernschutzgesetz:

Nähere Informationen zum Masernschutzgesetz finden Sie hier:

Unterliegt Ihre Tätigkeit dem Masernschutzgesetz?

ja nein

Bei ja: Bitte fügen Sie eine Kopie des Nachweises bei.

Ein ausreichender Schutz gegen Masern oder ein Impfkontraindikation bei mir ist belegt durch:

Zustimmung und Bestätigung

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit aller oben gemachten Angaben.

Freiwillige Einwilligungserklärung: Ich erkläre mich einverstanden, dass der Selbstauskunftsbogen vor Einstellungsuntersuchung im zugehörigen Vorgang des Gesundheitsamtes dokumentiert wird und mit den Beurteilungsgrundlagen und dem genauen Untersuchungsbefund beim Gesundheitsamt verbleiben. Ich erkläre mich weiterhin damit einverstanden, dass eine zusammenfassende Beurteilung mit den wesentlichen Ergebnissen der ärztlichen Untersuchung der Behörde übermittelt wird. Mein Recht auf Widerruf sowie meine Betroffenenrechte nach der DSGVO bleiben unberührt.

Bitte drucken Sie den ausgefüllten Bogen aus und schicken
Sie diesen postalisch an das Gesundheitsamt