



530410

Datum .....**2025**  
Telefon: 31-2805  
Telefax: 314964  
E-Mail: gutachtendienst@wiesbaden.de

## ANAMNESEBOGEN und persönliche Erklärung ANGABEN ZUR VORGESCHICHTE

(soweit zur Durchführung des Untersuchungsauftrages erforderlich)

Name (ggf. auch Geburtsname)

Vorname

Wohnhaft, Straße, Nr.

Geburtsdatum

Gutachtenauftrag vom

**AZ:**

Auf Veranlassung

wegen

Ausgewiesen durch

Wurden Sie bereits in einem Gesundheitsamt untersucht?

nein  ja  wann? wo?

weshalb?

Aktenzeichen

### 1.) Eigene Vorgeschichte

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten bzw. Krankheiten folgender Organe:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz-, Kreislauf-,<br>Gefäßkrankungen | <input type="checkbox"/> hoher/niedriger<br>Blutdruck | <input type="checkbox"/> Allergien          | <input type="checkbox"/> Asthma                            |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose                           | <input type="checkbox"/> Hepatitis                    | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung | <input type="checkbox"/> andere Infektions-<br>krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Nervensystem                          | <input type="checkbox"/> seelische Störun-<br>gen     | <input type="checkbox"/> Epilepsie          | <input type="checkbox"/> Sucht                             |

1/5



4.) Welche Folgen sind von den Krankheiten oder Verletzungen zurückgeblieben?

5.) Jetzige Beschwerden oder Krankheiten:

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen                | <input type="checkbox"/> Hörstörungen        | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche                       | <input type="checkbox"/> Schwindel       |
| <input type="checkbox"/> Husten                      | <input type="checkbox"/> Heiserkeit          | <input type="checkbox"/> Atemnot                            | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen             | <input type="checkbox"/> Schmerzen           | <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden                  | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß    |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit/ Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit    | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme/ Gewichtszunahme   |  |
| <input type="checkbox"/> Angstgefühle                | <input type="checkbox"/> Nervöse Beschwerden | <input type="checkbox"/> Stimmungs- und Antriebschwankungen |  |

sonstige Beschwerden:

keine Beschwerden:

6.) Besteht eine vom Versorgungsamt anerkannte Behinderung oder Schwerbehinderung?

nein  ja, weshalb?

GdB:

Merkzeichen

Festgestellt durch

am

Aktenzeichen

7.) Liegt ein anerkannter Dienstunfall vor?

nein  ja, weshalb?

MdE:

seit wann?

8.) Sind Sie zurzeit in Behandlung?

nein  ja, weshalb?

9.) Hausarzt / weitere behandelnde Ärzte / Therapeuten:

10.) Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

nein  ja, welche?

11.) Betätigen Sie sich sportlich?  nein  ja

12.) Rauchen Sie?  nein  ja, seit tägliche Menge  
 nicht mehr seit

13.) Nehmen Sie alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich?

täglich  mehrmals wöchentlich  seltener  nie

14.) Nehmen Sie Drogen / psychoaktive Substanzen zu sich?

täglich  mehrmals wöchentlich  seltener  nie  
wenn, ja welche

15.) Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?  nein  ja

- 16.) Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht?  
(z.B. Einstellungsuntersuchung bei einem Gesundheitsamt, Bewerbung als Freiwilliger  
Dienstleistender, ehemals Musterung?)  
 nein       ja, wo?

**Persönliche Erklärung:**

1. Ich habe dem untersuchenden Arzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige Angaben gemacht.
2. Soweit zur Durchführung der Untersuchung die Beiziehung von Unterlagen von Ärzten oder Krankenhäusern, die mich behandelt oder untersucht haben, erforderlich ist, erfolgt die Entbindung von der Schweigepflicht auf gesonderten Formularen, die den betroffenen Arzt, den Untersuchungszweck sowie die angeforderten Unterlagen im Einzelfall bezeichnen.

Wiesbaden, den

---

Unterschrift