

Anamnesebogen und persönliche Erklärung  
Angaben zur Vorgeschichte  
(soweit zur Durchführung des  
Untersuchungsauftrages erforderlich)



Name (ggf. Geburtsname):

Vorname:

Wohnhaft, Straße, Nr.:

Geburtsdatum:

Gutachtenauftrag vom:

Auf Veranlassung wegen:

Ausgewiesen durch:

Wurden Sie bereits in einem Gesundheitsamt untersucht?

nein

ja

wann?

wo?

weshalb?

1.) Eigene Vorgeschichte

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

- |                                                               |                                                        |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herz-, Kreislauf-, Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> hoher/niedriger 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-krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Nervensystem                         | <input type="checkbox"/> seelische Störungen           |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                            | <input type="checkbox"/> Sucht                         |
| <input type="checkbox"/> Haut                                 | <input type="checkbox"/> Augen                         |
| <input type="checkbox"/> Hals, Nase, Ohren                    | <input type="checkbox"/> Bronchien/Lunge               |
| <input type="checkbox"/> Magen/Darm                           | <input type="checkbox"/> Leber/Gallenblase             |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse                   | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus             |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule                          | <input type="checkbox"/> Knochen- und Gelenksystem     |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                               | <input type="checkbox"/> Schilddrüse                   |
| <input type="checkbox"/> Nieren/Harnwege                      | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen             |
| <input type="checkbox"/> Unfälle/Verletzungen                 |                                                        |
- Welche:

sonstige ernsthafte Erkrankungen:

keine ernsthafte Erkrankungen

Bitte geben Sie Ihre Größe und Ihr Gewicht an: kg cm

2.) Stationäre Behandlungen?

Zeitpunkt /Dauer	Grund der Behandlung	Name und Ort des Krankenhauses / Rehaklinik

3.) Wurden ambulante Operationen durchgeführt?

Zeitpunkt/Dauer	operative Maßnahme	Name und Ort der Praxis/ des Krankenhauses

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 Antriebs-<br>schwankungen |
- 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?

## Unterrichtung und persönliche Erklärung:

1. Diese Untersuchung erfolgt auf Grund § 10 Abs. 2 Hessisches Beamten-gesetz und dient der Feststellung meiner gesundheitlichen Eignung für die Berufung in ein Beamtenverhältnis.
2. Ich habe dem untersuchenden Arzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige Angaben gemacht.
3. Das Gesundheitsamt übersendet der personalführenden Stelle grundsätzlich nur ein Gesundheitszeugnis, das in der Regel das zusammenfassende Ergebnis der Untersuchung zu den im Gutachtauftrag gestellten Fragen enthält. Das Gesundheitsamt teilt darin die tragenden Feststellungen und Gründe mit, soweit dies unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit für die zu treffende Entscheidung erforderlich ist. Dieser Anamnesebogen und der Befundbogen verbleiben beim Gesundheitsamt.
4. Bei konkreten Zweifeln an der Vollständigkeit oder Aussagefähigkeit des Gesundheitszeugnisses oder dem darin festgestellten Ergebnis der Beurteilung ist die personalführende Stelle berechtigt und das Gesundheitsamt verpflichtet, die für das Gesundheitszeugnis maßgeblichen Einzeldaten zu übermitteln. Dies gilt auch, wenn die Einzeldaten für gerichtliche Streitverfahren benötigt werden.
5. Nr. 3 gilt immer nur dann, wenn ich vor der Übermittlung vom untersuchenden Arzt über Inhalt und Umfang der gutachterlichen Feststellungen aufgeklärt worden bin und mich schriftlich mit der Übermittlung einverstanden erklärt habe.
6. Ich bin weiter darüber informiert, dass ich Einsicht in die bei meiner Untersuchung gemachten Aufzeichnungen nehmen kann.
7. 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.

---

Ort, Datum und Unterschrift

Gesundheitsamt Wiesbaden  
Konradinallee 11  
Amtsärztlicher Dienst / 530510  
65189 Wiesbaden

Tel.: 0611 - 31 2805  
Fax: 0611 - 31 4964  
E-Mail: [gutachtendienst@wiesbaden.de](mailto:gutachtendienst@wiesbaden.de)