

Patientenfragebogen zur Untersuchung am _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsname: _____
 geboren am: _____ Geschlecht m/w: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

In meiner engeren Familie sind folgende Krankheiten aufgetreten _____

- Herz-Kreislauf Atmungsorgane/Tbc Allergie Haut Leber
 Niere Diabetes mellitus Krebs Rheuma/Gicht
 Sucht Nerven Psyche
 Sonstiges: _____

Bei mir selbst sind folgende Krankheiten aufgetreten

- Kinderkrankheiten: _____
 keine ernsthaften Krankheiten oder Behinderungen
 hoher Blutdruck niedriger Blutdruck Herz-Kreislauf
 Atmungsorgane/Tbc Magen/Darm Bauchspeicheldrüse
 Leber/Gallenblase Gelbsucht Nieren/Harnblase Stoffwechsel
 Diabetes mellitus Gefäße Thrombose Knochen/Gelenke
 Wirbelsäule Rheuma/Gicht Nerven/Krampf. Psyche/Selbstmordversuch
 Augen Ohren Schilddrüse Mandeln
 Sonstiges: _____

Behandelnde Ärzte (Name, Adresse, Fachrichtung):

Operationen, Krankenaufenthalte, Sanatoriumsbehandlungen, schwere Unfälle ggf. mit Dauerfolgen:

wann	wo	Krankheit/Unfall	Art der Behandlung

Impfungen Rötelnimpf. Hep.B.-Impf. Tuberkuloseimpf. Tetanus Diphtherie
 Tubergentest: pos neg Kinderlähmung

Alkohol ja nein gelegentlich Nikotin ja nein Drogen ja nein

Medikamente nein ja welche? Menge ? _____

u.ä.) _____

Betätigen Sie sich sportlich? nein ja _____

Besteht eine Schwangerschaft: nein ja Entbindungen ? wann _____

Tragen Sie eine Sehhilfe? nein ja Brille Haftschalen

Wurden Röntgenuntersuchungen in den letzten Jahren durchgeführt?

Nein ja wann? _____ wo? _____ weshalb? _____

Wurden Sie bereits in einem Gesundheitsamt untersucht?

Nein ja wann? _____ wo? _____ weshalb? _____

Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z. B. Musterung, arbeitsmedizinischer Dienst, etc)?

Nein ja, wo _____ Ergebnis: _____

Rentantrag ja nein Schwerbehindert ja nein
GdB _____ %

Derzeit Arbeitsunfähigkeit: nein ja Seit wann ? _____

Jetzige Beschwerden:

Einverständniserklärung:

Ich bin darüber informiert worden, dass das Gesundheitsamt zur Datenerhebung aufgrund der im Untersuchungsauftrag angegebenen gesetzlichen Regelung ermächtigt ist und die Daten ausschließlich zum angegebenen Untersuchungszweck verwendet werden.

Ich habe der untersuchenden Ärztin/ dem untersuchenden Arzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige Angaben gemacht. Mir ist bekannt, dass das vollständige Gutachten dem Auftraggeber, sofern von dort gewünscht, nur nach meiner vorherigen Unterrichtung mitgeteilt wird.

Wesentliche neue Befunde sollen mitgeteilt werden: mir selbst meinem Hausarzt.

Eine Anforderung von Befundberichten bei Dritten zur Ergänzung der vom Gesundheitsamt erhobenen Befunde setzt mein schriftliches Einverständnis voraus.

Gemäß § 18 Abs. 2 Hessisches Datenschutzgesetz (HSDG) wurde ich informiert, dass meine Adressdaten und Angaben zu den Untersuchungsterminen im Rahmen der elektronischen Datenverarbeitung gespeichert werden. Daten von Untersuchungsergebnissen können in anonymisierter Form einer statistischen Auswertung zugeführt werden.

Datum

Unterschrift