

| | | |
|---|-------------------------------|----------------------|
| Familienname ¹ | ggf. Geburtsname ¹ | Vorname ¹ |
| geboren am: ¹ | Personalnummer: ¹ | |
| Anschrift (Str./Hausnummer/PLZ/Ort): ¹ | | |

ANGABEN ZUR VORGESCHICHTE

Ihre vollständigen und richtigen Angaben zur Vorgeschichte sind die wesentliche Grundlage für das ärztliche Zeugnis zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung für die Übernahme in das Beamtenverhältnis (Einstellung). Füllen Sie deshalb bitte den Bogen so vollständig wie möglich aus! **Falsche Angaben können die Rücknahme der Ernennung wegen arglistiger Täuschung nach § 12 Beamtenstatusgesetz sowie eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen.** Der Bogen mit Ihren Angaben bleibt beim begutachtenden Facharzt, das Landesamt für Schule und Bildung erhält lediglich eine zusammenfassende gutachterliche Bewertung in Form eines ärztlichen Zeugnisses.

- 1) Hat Sie schon einmal eine andere Stelle auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (zum Beispiel Musterung)?
- Nein Ja Wann? _____ Wo? _____
- Weshalb? _____
- Ergebnis _____
- 2) Hat es in Ihrer engeren Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) ernste Krankheiten gegeben oder gibt es solche?
- Ja und zwar
- hoher Blutdruck Herzkrankheit Zuckerkrankheit Gicht Chronischer Rheumatismus
- Allergie Krebs Suchtkrankheit psychiatrische Krankheit, auch Selbsttötung/-sversuch
- andere _____
- nein
- 3) Leben Ihre
- Eltern? ja nein _____
- Geschwister? ja nein _____
- Kinder? ja nein _____
- 4) Eigene Vorgeschichte
- Folgende Krankheiten/Krankheiten folgender Organe/Behinderungen lagen vor/liegen noch vor:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Röteln (bei Frauen) | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Nieren |
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Harnblase |
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheit |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Krampfadern, Thrombose, Embolie |
| <input type="checkbox"/> Atemwege | <input type="checkbox"/> Rheumatismus |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Gicht |

¹vom Landesamt für Schule und Bildung auszufüllen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Knochen, Gelenke, Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Mandelentzündung | <input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> psychische Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm | <input type="checkbox"/> körperliche/geistige/seelische Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Unfälle |
| <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Operationen |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> andere Krankheit(en)/Behinderung(en) |

| Wann? | Krankheit | Dauer | Behandelnder Arzt/Krankenhaus oder Sanatorium/Kurarzt |
|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------|---|
| Beispiel: Sommer 69 Winter 70 | Scharlach Unterarmbruch rechts | 4 Wochen 3 Wochen | Dr. Barth/Flöha Kreiskrankenhaus Oschatz |
| | | | |

Welche Folgen von Krankheiten oder Verletzungen sind zurückgeblieben?

Bei Frauen: Geburten (Angabe des Jahres)

5) Jetzige Beschwerden

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Verdauungs-/Stuhlgangbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Augenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Hörstörung | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme |
| <input type="checkbox"/> Hals-/Nasen-/Ohrenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Anfälle | <input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Zittern | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> andere Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> psychische Beschwerden, Stimmungs-/Antriebsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Heiserkeit/Beschwerden mit der Stimme | |
| <input type="checkbox"/> andere | |
| | |
| | |
| <input type="checkbox"/> keine | |

- 6) Haben Sie eine Rente beantragt?
 Nein Ja Grund: _____
- 7) Sind Sie schwerbehindert?
 Nein Ja Grund: _____ GdB: _____ %
- 8) Wurden früher Röntgenuntersuchungen durchgeführt?
 Nein Ja (Nach Möglichkeit bitte Bilder und Befunde zum Untersuchungstermin mitbringen.)
- 9) Sind Sie zurzeit in Behandlung?
 Nein Ja Grund: _____
- 10) Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?
 Nein Ja Welche? _____ seit: _____
- 11) Namen der behandelnden Ärzte/Therapeuten:

- 12) Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig??
 Nein Ja Welchen? _____
- 13) Treiben Sie Sport?
 Nein Ja Welchen? _____
- 14) Tragen Sie eine Sehhilfe?
 Nein Ja Brille Haftschalen Glasstärke re: _____ li: _____
- 15) Rauchen Sie?
 Nein Ja, seit dem Jahr _____ tägliche Menge _____
- 16) Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich?
 Nein Ja, seit dem Jahr _____ tägliche Menge _____
- 17) Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten regelmäßig Medikamente genommen?
 Nein Ja, seit dem Jahr _____ Welche? _____
- 18) Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten gelegentlich oder regelmäßig illegale Drogen zu sich genommen?
 Nein Ja, seit dem Jahr _____ Welche? _____

Erklärung:

1. Ich habe dem begutachtenden Facharzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige und wahrheitsgemäße Angaben gemacht.
2. Der begutachtende Facharzt überlässt dem Landesamt für Schule und Bildung grundsätzlich nur das ärztliche Zeugnis; es enthält in der Regel nur das zusammenfassende Ergebnis der Begutachtung zu den gestellten Fragen.
3. Bei begründetem Zweifel an Vollständigkeit, Aussagefähigkeit oder Ergebnis des Zeugnisses ist das Landesamt für Schule und Bildung berechtigt und der begutachtende Facharzt verpflichtet, die für das Zeugnis maßgeblichen Einzeldaten zu übermitteln. Das gilt auch, wenn diese für ein Gerichtsverfahren benötigt werden.
4. Ich weiß, dass ich die bei meiner Untersuchung gemachten Aufzeichnungen (außer persönliche Notizen des Arztes) einsehen kann.
5. Mir ist bekannt, dass es zur Abrechnung der Untersuchungen der Übermittlung meines Namens, Geburtsdatums, des Untersuchungsdatums sowie der Nummer der abgerechneten Leistung(en) an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen sowie das Landesamt für Schule und Bildung bedarf.

Datum, Unterschrift

zum Verbleib in der Patientenakte des Arztes