

Beurteilungsgrundlage (verbleibt im Gesundheitsamt)Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Name, Geburtsname, Vorname	
geboren am	in
wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)	
ausgewiesen durch <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass	

I. Angaben der/des Untersuchten

1. Frühere oder derzeitige Erkrankungen:	
<input type="checkbox"/>	hoher Blutdruck
<input type="checkbox"/>	Allergien, Heuschnupfen, Asthma
<input type="checkbox"/>	Bronchien/Lunge
<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/>	chronische Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis B/C, HIV-Infektion/AIDS-Erkrankung)
<input type="checkbox"/>	Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke, Wirbelsäule)
<input type="checkbox"/>	Rheumatische Krankheiten
<input type="checkbox"/>	Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche
<input type="checkbox"/>	Augen
<input type="checkbox"/>	Ohren und Gleichgewichtssinn
<input type="checkbox"/>	Krebs
<input type="checkbox"/>	Sonstige: _____
<input type="checkbox"/>	keine ernsten Erkrankungen oder Behinderungen
2. Wurden Sie wegen eines bestimmten Leidens längere Zeit oder wiederholt behandelt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	weshalb: _____
	von wem: _____
Krankenhausaufenthalte/Kuren:	_____
(Jahr, Dauer, Grund):	_____
Operationen:	_____

3. Sind Sie schwerbehindert? Haben Sie Rente beantragt?

nein ja weshalb _____ GdB: _____ v. H.

4. a) Stehen Sie zurzeit in medizinischer Behandlung?

nein ja, bei wem, weshalb _____ seit _____

4. b) Nehmen Sie Medikamente ein?

nein ja, seit _____

4. b) Bestehen Suchterkrankungen?

nein ja

5. Rauchen Sie?

nein ja seit: _____ wie viel/wovon: _____

6. Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z.B. Musterung)?

nein ja wo: _____ Ergebnis: _____

Ort, Datum

Unterschrift der/des Untersuchten

II. Vom Gesundheitsamt zu erhebende Untersuchungsbefunde

Größe (ohne Schuhe) in cm: _____ Gewicht (leicht bekleidet) in kg: _____

Puls: _____/min

Blutdruck: RR _____ / _____ mmHg

Untersuchungsbefunde:

pathologische Befunde:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Augen/Sehvermögen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Ohren/Hörorgan | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Sprachorgan | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Gesamteindruck/Gang | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Allgemeinzustand | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Haut u. sichtbare Schleimhäute | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Hals, Mundhöhle | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Herz und Kreislauforgan /periphere Durchblutung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Atmungsorgane | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Bewegungsapparat (Zustand, Funktion von Gliedmaßen und Wirbelsäule) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Neurologischer Befund | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Gleichgewichtssinn | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Psychischer Befund | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

14. Impfstatus durch Kontrolle des Impfbuchs:

FSME - Impfung

Impfstatus altersentsprechend Impfstatus lückenhaft bezüglich der Impfung gegen _____

(Erläuterungen zu den pathologischen Befunden bitte in der Anlage 2 „zusätzliche Ausführungen“ vornehmen)

Anamnese und Untersuchungsbefund der Augen gemäß Anforderungsprofil (s. Anlage 1):

(Ergeben sich aus der Anamnese oder den Untersuchungen auffällige oder unklare Befunde, ist eine augenfachärztliche Untersuchung mit dem Formblatt der Anlage 4 zu veranlassen)

A. - Sehhilfe: nein ja Brille Kontaktlinsen

Stärke der Sehhilfe: rechts: sph. _____ zyl. _____ links: sph. _____ zyl. _____

- Schielen: nein ja; Okklusionstherapie: nein ja

- Augenerkrankungen (z. B. Glaukom, Netzhauterkrankungen): nein ja

ja, welche _____

B. Sehschärfe/Visus (ggf. korrigiert):

	Rechtes Auge	Linkes Auge
Ferne		
Nähe		

C. Augenstellung und Beweglichkeit:

Rechtes Auge/Linkes Auge: frei beweglich ja nein

Doppelbilder nein ja

D. Gesichtsfeld: Konfrontationsperimetrie (orientierende „Fingerperimetrie“):

Grobe Gesichtsfeldaußengrenzen unauffällig:

Rechtes Auge: ja nein

Linkes Auge: ja nein

E. ausreichendes räumliches Sehen:

ja nein

F. Dämmerungssehen (anamnestisch):

Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Sehen nachts, z. B. beim Autofahren? nein ja

G. ausreichendes Farbsehen

ja nein

Ort, Datum
Gesundheitsamt
Unterschrift

(Siegel)