

Angaben zur gesundheitlichen Vorgeschichte

für ein ärztliches Zeugnis gem. PDV 300
zur Übernahme in ein Beamtenverhältnis des
mittleren Vollzugs- oder Werkdienstes im Justizvollzug von

.....
Zuname

Vorname

Geburtsdatum

.....
Wohnort

Straße

.....
Zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit

Bei der Übernahme in ein Beamtenverhältnis stellt eine ausreichende gesundheitliche Eignung eines der Entscheidungskriterien der personalführenden Stelle dar. Hierfür bittet Sie diese um die Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses. Das ärztliche Zeugnis soll dabei zu der Frage Stellung nehmen, ob aufgrund des bisherigen und derzeitigen Gesundheitszustandes mit erheblichen krankheitsbedingten Fehlzeiten und/oder vorzeitiger, krankheitsbedingter Dienstunfähigkeit zu rechnen ist. Eine anerkannte Schwerbehinderung wird dabei berücksichtigt.

Sie stellen sich jetzt zur Ausstellung eines entsprechenden ärztlichen Zeugnisses vor. Die Angaben zur Vorgeschichte sollen dafür einen zusammenfassenden Überblick über alle bei Ihnen bis dahin bekannten oder derzeitigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen/Erkrankungen geben. Die Kenntnis der gesundheitlichen Vorgeschichte stellt eine wesentliche Grundlage für die Beurteilung, Planung von eventuell noch notwendigen weiteren Untersuchungen und Erstellung eines ärztlichen Zeugnisses dar. Sie werden deshalb gebeten, den Erhebungsbogen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen und zu unterschreiben. Der Erhebungsbogen zur Vorgeschichte (Nr.1) sowie der detaillierte Untersuchungsbefund (Nr. 2) verbleiben bei den Unterlagen der/des untersuchenden Ärztin/Arztes.

Ich bestätige hiermit, dass ich den Erhebungsbogen zur Vorgeschichte wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt habe.

.....
Ort, Datum

Unterschrift

1. Vorgeschichte

Jede Frage ist einzeln zu beantworten, keine zu übergehen oder mit Strichen abzutun. Bei Platzmangel bitte Ergänzungen auf besonderem Blatt beifügen.

	In den folgenden Spalten ist anzugeben: Welche? Wann? Behandelnder Arzt (mit Anschrift)
1. Sind bei Eltern, Geschwistern oder anderen nahen Verwandten Tuberkulose, Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck, Nerven- oder Gemütskrankheiten, Selbstmord vorgekommen? (Welche? Bei wem?)	
1.2. Leiden oder litten Sie an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden?	
1.2.1. des Herzens oder der Kreislauforgane , z. B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Herzschmerzen, erhöhtem oder zu niedrigem Blutdruck; Venenentzündungen; Embolie?	
1.2.2. der Atmungsorgane , z. B. Tuberkulose, Rippen-(Brust-)fellentzündung, wiederholter oder länger anhaltender Bronchitis, Heuschnupfen oder andere Allergien, Asthma, Stirn- oder Kieferhöhlenvereiterung?	
1.2.3. der Verdauungsorgane , z. B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen; Leber- oder Gallenblasenleiden, Gelbsucht; Stuhlverstopfung?	
1.2.4. der Harn- oder Geschlechtsorgane , z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, erschwertem oder blutigem Harnlassen, Eiweißausscheidung, Hoden- oder Eierstockentzündungen?	
1.2.5. des Gehirn- oder Rückenmarks , an Gemüts- oder Geistesstörungen, z. B. Epilepsie, Krämpfen, Schwindel; Lähmungen; Bettnässen (nach dem 6. Lebensjahr); Ohnmachten; häufigen Kopfschmerzen; Sprachstörungen?	
1.2.6. der Augen , z. B. Herabsetzung der Sehleistung (wenn Brillen- oder Kontaktlinsenträger: Stärke der Gläser angeben), Farbenschwäche; häufigen Bindehautentzündungen?	
1.2.7. der Ohren , z. B. Mittelohrentzündung, Ohrenfluss, Schwerhörigkeit? Haben Sie Arbeiten unter starker Lärmeinwirkung verrichtet?	
1.2.8. der Haut , z. B. Ausschlag oder Flechte, Nesselfieber, Milchschorf, andere allergische Hauterscheinungen?	
1.2.9. der Wirbelsäule , Knochen und Gelenke, z. B. Nacken- oder Rückenschmerzen, Hexenschuss, Ischias; Knochenbrüchen und Sportverletzungen (keine Prellungen oder Blutergüsse)? Wurde Ihnen orthopädisches Turnen verordnet?	
1.2.10. der Lymphknoten , der Milz , des Blutes ?	
1.2.11. an Stoffwechselerkrankungen , z. B. Zuckerkrankheit; Funktionsstörungen der Schilddrüse, Gicht?	
1.2.12. an Geschwülsten ?	
1.2.13. an Gelenkrheumatismus ? Mit oder ohne Herzbeteiligung?	
1.2.14. an ansteckenden Krankheiten , z. B. Tuberkulose, Kinderlähmung, Diphtherie, Scharlach, Gelbsucht, Geschlechtskrankheiten, Typhus, Ruhr?	

1.2.15.	an sonstigen Krankheiten , z. B. körperlichen Fehlern oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? (ausgenommen Bagatellkrankheiten wie z. B. Erkältungen)	
1.2.16.	Haben Sie eine gesundheitsbelastende Tätigkeit ausgeübt, die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen erfordert? (Welche?)	
1.3.	Nahmen oder nehmen Sie Medikamente oder regel- oder gewohnheitsmäßig Drogen? (Welche?)	
1.4.	Sind Sie mit Medikamenten behandelt worden, die Herz, Kreislauf, Blutdruck oder Stoffwechselforgänge beeinflussen? (Welche?)	
1.5.	Haben Sie durch einen Unfall Verletzungen (z. B. Gehirnerschütterung, Schädelbruch) erlitten. Haben Sie Vergiftungen erlitten? (Welche, wann?)	
1.6.	Stehen oder standen Sie in nervenärztlicher/psychotherapeutischer Behandlung oder in psychologischer Beratung oder ist eine entsprechende Beratung/Behandlung vorgesehen?	
1.7.	Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?	
1.8.	Sind Sie operiert worden? (Weswegen, wann?) Ist eine Operation vorgesehen? (ausgenommen sind geringfügige Operationen wie Blindarm-, Mandel- oder Warzenentfernung)	
1.8.1.	Wurden bei Ihnen besondere medizinisch-technische Untersuchungen durchgeführt (Röntgen, Ultraschall, Endoskopie und/oder andere bildgebende Verfahren)? (Weswegen, wann?)	
1.8.2.	Wurden Sie mit Röntgen- oder sonstigen Strahlen behandelt? (Weswegen, wann?)	
1.9.	Sind Sie in einem(r) Krankenhaus, Heilstätte, Sanatorium, Kuranstalt, Gesundheits- oder Versorgungsamt untersucht oder behandelt worden? (Weswegen, wann, wo?)	
1.10.	Durch welche Ärzte , außer den bereits angegebenen, sind Sie in den letzten 5 Jahren behandelt worden? Namen und Anschrift angeben!	
1.11.	Bezogen, beziehen oder beantragen Sie Rente , die ihren Grund in körperlichen Schäden oder einer verminderten körperlichen Leistungsfähigkeit hat?	
1.12.	Sind Sie bereits bei der Polizei , beim Bundesgrenzschutz , bei der Bundeswehr oder einer sonstigen Behörde ärztlich untersucht worden? (Wann, wo?) Ergebnis bzw. Tauglichkeitsgrad?	
1.13.	Wogegen wurden Sie bereits geimpft ? Sofern Sie bereits gegen Tetanus, Polio, Diphtherie oder Hepatitis geimpft wurden: Sind hierbei allergische Reaktionen oder sonstige Komplikationen aufgetreten ?	
1.14.	Rauch- und Trinkgewohnheiten mit Mengenangabe.	

Zuname

Vorname

Geburtsdatum

2. Untersuchungsbefund

<p>2.1 Körperbauform</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>2.1.1 Allgemeinzustand <input type="checkbox"/></p> <p>2.1.2 Größe.....cm Gewichtkg</p> <p>2.1.3 Halsumfang Brustumfang Bauchumfang</p> <p style="text-align: right;">.....cm /..... cm cm <input type="checkbox"/></p>	<p>2.3.11 Schilddrüse <input type="checkbox"/></p> <p>2.3.12 Anzeichen einer endokrinen Störung <input type="checkbox"/></p> <p>2.4 Wirbelsäule: Form und Funktion</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>FBA.....cm Schober/.....cm <input type="checkbox"/></p>																																																																
<p>2.2 Haut, Schleimhäute, Narben</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>2.5 Gliedmaßen, Gelenke</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>Zehen <input type="checkbox"/></p>																																																																
<p>2.3 Kopf und Halsorgane</p> <p>2.3.1 Schädel</p> <p>2.3.2 NAP <input type="checkbox"/></p>	<p>2.6 Brustkorb <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>2.7 Herz- und Kreislauforgane</p> <p>2.7.1 Herzaktion <input type="checkbox"/></p>																																																																
<p>2.3.3 Augen</p> <p>Bindehäute</p> <p>Visus ohne Glas mit Glas</p> <p style="text-align: center;"> R L R L</p> <p>Stereosehen und Mesotest II siehe Anlage</p> <p>Farbsinn nicht gestört <input type="checkbox"/> gestört <input type="checkbox"/></p> <p>Andere Sehfunktionen siehe Beiblatt <input type="checkbox"/></p>	<p>2.7.2 Herztöne <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>2.7.3 Herzgrenzen <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>2.7.4 Kreislauf test siehe Beiblatt</p> <p>auffällig ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>RR in Ruhe Puls</p> <p>-----/------mmHg- -----Min. <input type="checkbox"/></p>																																																																
<p>2.3.4 Ohren</p> <p>2.3.5 Gehörgang</p> <p>2.3.6 Trommelfelle <input type="checkbox"/></p> <p>2.3.7 Hörleistung im Normalbereich ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Siehe Audiometrieblatt <input type="checkbox"/></p>	<p>2.7.5 Belastungsdyspnoe <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>2.7.6 Ödeme <input type="checkbox"/></p> <p>2.7.7 periphere Durchblutung <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>2.7.8 varicöse Veränderungen <input type="checkbox"/></p>																																																																
<p>2.3.8 Nase <input type="checkbox"/></p>	<p>2.8 Lungen</p> <p>2.8.1 Atemgeräusch <input type="checkbox"/></p> <p>2.8.2 Klopfeschall <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>2.8.3 Grenzen <input type="checkbox"/></p>																																																																
<p>2.3.9 Rachen Tonsillen <input type="checkbox"/></p>	<p>2.8.4 Spirometrie – siehe Beiblatt</p> <p>auffällig ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>2.9 Bauchorgane</p>																																																																
<p>2.3.10 Gebiß</p> <table style="width:100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;">R</td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: none;">L</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">18</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">17</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">16</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">15</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">14</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">13</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">12</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">11</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">21</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">22</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">23</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">24</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">25</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">26</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">27</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">28</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">38</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">37</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">36</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">35</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">34</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">33</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">32</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">31</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">41</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">42</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">43</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">44</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">45</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">46</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">47</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 8px;">48</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table> <p>Zahl der Kaueinheiten: _____</p> <p>In KfO-Behandlung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>allgemeiner Zustand:</p> <p>/ = kariös, o = Füllung, z = zerstört, f = fehlend, K = Krone, B = Brückenglied, E = Kunstzahn einer Prothese</p>	R																													L		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	38	37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47	48		<p>2.9.1 Bauchdecken <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>2.9.2 Leber</p> <p>Milz <input type="checkbox"/></p>
R																													L																																				
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	38	37	36	35	34	33	32	31	41	42	43	44	45	46	47	48																																	

Zuname	Vorname	Geburtsdatum
2.9.3 Magen <input type="checkbox"/> ----- 2.9.4 Harn- und Geschlechtsorgane <input type="checkbox"/> ----- 2.9.5 Nierenlager <input type="checkbox"/> ----- 2.9.6 Bruchpforten <input type="checkbox"/> ----- 2.9.7 After <input type="checkbox"/>	2.11 Laborbefunde 2.11.1 Urin: Teststreifen <input type="checkbox"/> o.B. Nitrit: <input type="checkbox"/> Keton: <input type="checkbox"/> Leuko: <input type="checkbox"/> ph: <input type="checkbox"/> UBG: <input type="checkbox"/> E: <input type="checkbox"/> Bilir: <input type="checkbox"/> Z: <input type="checkbox"/> Blut: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.10 Nervensystem 2.10.1 Reflexe <input type="checkbox"/>	2.12 Befund der Röntgenaufnahme der Thoraxorgane vom: _____ Lunge: _____ Herz: _____ <input type="checkbox"/>	
2.10.2 Sensibilität, Motorik <input type="checkbox"/>	Auflagen: erledigt	
2.10.3 vegetative Zeichen <input type="checkbox"/> ----- 2.10.4 Sprache <input type="checkbox"/> ----- 2.10.5 psychisches Verhalten <input type="checkbox"/>	1. Rö. Lunge <input type="checkbox"/> ----- 2. Gynäkologisches Fachgutachten <input type="checkbox"/> ----- 3. <input type="checkbox"/> ----- 4. <input type="checkbox"/> ----- 5. <input type="checkbox"/> ----- 6. <input type="checkbox"/>	