

Dieses Formular bitte ausgefüllt, unterschrieben und mit Stempel des Hausarztes erst zur polizeiärztlichen Untersuchung mitbringen und der Polizeiärztin / dem Polizeiarzt aushändigen.



Es wird gebeten, folgenden Fragebogen/Anamnesebogen für Herrn/Frau

.....
(Name, Vorname)

.....
(geb. am)

.....
(Anschrift)

vom Hausarzt/behandelnden Arzt auszufüllen und die Richtigkeit der Angaben durch Stempel und Unterschrift zu bestätigen, wobei eine Kostenübernahme unsererseits dafür nicht erfolgen kann.

Auskünfte werden nur für den Zeitraum von 5 Jahren vor dieser Anfrage erbeten!

Trifft es zu, dass

- die o. g. Person in Ihrer hausärztlichen Behandlung ist: ja (seit.....)/nein
- regelmäßig Medikamente eingenommen werden müssen ja/nein
- eine oder mehrere Operationen stattfanden ja/nein

Da der Polizeiberuf an die psychische und physische Belastbarkeit der Beamten/innen besondere Anforderungen stellt, wird aus präventivmedizinischer Sicht im Sinne der Fürsorge gebeten, durch entsprechendes Ankreuzen mitzuteilen, ob eine oder mehrere der folgenden Diagnosen vorliegen/vorlagen oder nicht:

- erhöhte Infektanfälligkeit ja/nein
- Neigung zu Kopfschmerzen/Migräne ja/nein
- Allergie auf gewisse Stoffe oder eine Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln ja/nein
- Heuschnupfen/hyperreagibles Bronchialsystem ja/nein
- Zustand nach nervenärztlicher/psychotherapeutischer Behandlung oder Zustand nach Suizid-Versuch ja/nein
- allergisches oder Anstrengungs-Asthma ja/nein

- Bandscheiben-Vorfall oder ein Wirbelgleiten
(Spondylolisthese) ja/nein
- Zustand nach Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür/
Reizmagen oder Reizcolon ja/nein
- psychosomatische Störungen
(beispielweise Anorexia nervosa) ja/nein
- chronische Darmerkrankungen (Morbus Crohn/Colitis
ulcerosa) oder Neigung zu Durchfällen ja/nein
- rezidivierende Hautveränderungen (Neurodermitis/Psoriasis) ja/nein
- Zustand nach Sport- und/oder Verkehrsunfällen mit Schädel-
Hirn-Beteiligung bzw. Verletzung (Commotio, Contusio etc.) ja/nein
- Traumafolgen/Verschleißerscheinungen oder anlagebedingte
Veränderungen an Gelenken und an Knochenstrukturen
einschließlich der Wirbelsäule (z.B. Morbus Scheuermann/
Morbus Bechterew) ja/nein
- Bewegungseinschränkungen und/oder arthrotische Ver-
änderungen an bestimmten Gelenken ja/nein
- verletzte oder insuffiziente Bänder (u.a. Außenbänder am
oberen Sprunggelenk oder vordere Kreuzbänder am Kniegelenk) ja/nein
- Herzklappenfehler oder kleines Loch in der Herzscheidewand
sowie Zustand nach Herzoperation ja/nein
- Herzrhythmusstörungen (auch nicht medikamentenpflichtige) ja/nein
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie arterielle Hypertonie
oder Kollaps-Neigung (Orthostase-Syndrom) ja/nein
- früher stattgehabter Spontan-Pneumothorax (Lungenriss) ja/nein
- erhöhte cerebrale Krampfbereitschaft oder Epilepsie ja/nein
- Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus,
Hyperlipidämien, Hyperthyreose, Favismus, Fructose-Intoleranz u. a. ja/nein
- Leberfunktionsstörungen (Hepatopathien) oder chronische in-
fektionsbedingte Leberentzündungen (chron. Hepatitis B oder C) ja/nein
- Blutgerinnungs-Störungen und/oder Hormonstörungen ja/nein
- Zustand nach Behandlung von malignen Tumoren oder
Leukämien (beispielsweise im Kindesalter) ja/nein
- Autoimmun-Erkrankungen wie Rheuma, Kollagenosen,
Multiple Sklerose, Hashimoto-Thyreoiditis u. a. ja/nein
- erhöhter Augeninnendruck/Glaukom oder Hornhaut-
veränderungen (z. B. Keratokonus) ja/nein
- Zustand nach refraktionsverbessernden Operationen/
Interventionen am Auge (z.B. Excimer-Laser-Verfahren,
intraströmale corneale Ringsegmente oder implantierte
Kontaktlinse etc.) zur Therapie der Myopie (Kurzsichtigkeit) ja/nein
- Gleichgewichtsstörungen oder Menière'sche Erkrankung ja/nein
- Ohrgeräusche (Tinnitus) ja/nein

.....
Ort

Datum

Stempel und Unterschrift
des Arztes/der Ärztin