

# Anamnesebogen



Teil B

Name	Vorname	Geburtsdatum
Geburtsort		Tel-Nr.
Anschrift		
erlernter Beruf	zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit	

## Erklärung

Ich bin bereit, der oder dem untersuchenden Polizeiärztin oder Polizeiarzt alle Umstände zu offenbaren, die für die Beurteilung meines Gesundheitszustands bedeutsam sein können. Ich nehme zur Kenntnis, dass das Verschweigen bestehender Beschwerden und früherer Krankheiten die Entlassung aus dem Justizvollzugsdienst nach sich ziehen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass das anlässlich meiner Einstellung in den Justizvollzugsdienst erstellte ärztliche Gutachten zur Beurteilung der Justizvollzugsdiensttauglichkeit mit allen Anlagen integraler Bestandteil der beim Ärztlichen Dienst der Polizei geführten Unterlagen ist und bei dienstrechtlichen Entscheidungen mit herangezogen werden kann.

Ich bin bereit, die für die Beurteilung benötigten ärztlichen Unterlagen, Befunde und Bescheinigungen zu beschaffen und der Polizeiärztin oder dem Polizeiarzt zur Verfügung zu stellen. Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Polizeiärztin oder der Polizeiarzt, falls nötig, weitere Auskünfte über frühere Erkrankungen oder Untersuchungen einholt und die zur Feststellung der Justizvollzugsdiensttauglichkeit nach der Polizeidienstvorschrift (PDV 300) notwendigen Untersuchungen sowie Labortests durchführt. Ich bin darüber informiert, dass die Einstellungsbehörde ein ärztliches Gutachten erhält, das die ärztliche Beurteilung „justizvollzugsdiensttauglich“ oder „justizvollzugsdienstuntauglich“ enthält.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Bei Minderjährigen ist die Unterschrift der oder des Sorgeberechtigten zwingend erforderlich. Sind zwei Personen sorgeberechtigt, müssen auch beide unterschreiben.

Bitte nutzen Sie hierzu die nachfolgenden Möglichkeiten.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

# Anamnesebogen

## Vertraulich Arztsache

Die nachfolgenden Fragen sind einzeln und vollständig zu beantworten. Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte ein formloses Blatt bei und beschriften dieses mit „Anlage zum Anamnesebogen“.

### Erkrankungen naher Verwandter

1. Sind bei Eltern, Geschwistern oder anderen nahen Verwandten Tuberkulose, Zuckerkrankheiten, hoher Blutdruck, Nerven- oder Gemütskrankheiten, Selbsttötungen vorgekommen?

nein ☐ ja ☐ und zwar (bitte geben Sie an, bei wem welche Erkrankung zutrifft)

.....

.....

.....

.....

### Eigene Erkrankungen

Werden Fragen mit **ja** beantwortet, geben Sie bitte an welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorliegen und wann sie bestanden bzw. seit wann sie bestehen.

Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:

2. des Herzens oder der Kreislauforgane z. B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Herzschmerzen, Atemnot bei Anstrengungen, erhöhtem oder zu niedrigem Blutdruck, Embolie?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

3. der Atmungsorgane, z. B. Tuberkulose, Rippen-(Brust-)fellentzündung, wiederholter oder länger andauernder Bronchitis, Asthma, Heuschnupfen oder anderen Allergien, Stirn- oder Kieferhöhlenvereiterung?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

4. der Verdauungsorgane, z. B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leber- oder Gallenblasenleiden, Gelbsucht, Stuhlverstopfung?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

5. der Harn- und Geschlechtsorgane, z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, erschwertem oder blutigem Harnlassen, Eiweißausscheidung, Hodenentzündungen oder Eierstockentzündungen?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

6. des Gehirns oder Rückenmarks, an Gemüts- oder Geistesstörungen, z. B. Depressionen, Epilepsie, Krämpfen, Schwindel, Bettnässen, Ohnmachten Lähmungen, häufigen oder anfallartigen Kopfschmerzen, Sprachstörungen?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

7. der Augen, z. B. Herabsetzung der Sehschärfe (wenn Brillen- oder Kontaktlinsenträger, Stärke der Gläser angeben), Korrekturlinsen, Laseroperation, Farbenschwäche, häufigen Bindehautentzündungen?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

8. der Ohren, z. B. Mittelohrentzündung, Ohrenfluss, Schwerhörigkeit? Haben Sie Arbeiten unter starker Lärmentwicklung verrichtet?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

9. der Haut, z. B. Ausschlag oder Flechte, Nesselfieber, Milchschorf, andere allergische Hauterscheinungen?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

10. der Wirbelsäule, Knochen und Gelenke, z. B. Nacken- oder Rückenschmerzen, Hexenschuss, Ischias, Knochenbrüche, Sportverletzungen? Wurde Ihnen orthopädisches Turnen verordnet?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

11. der Lymphknoten, der Milz, des Blutes?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

12. an Stoffwechselerkrankungen, z. B. Zuckerkrankheit, Funktionsstörungen der Schilddrüse, Gicht?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

13. an Geschwülsten?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

14. an Gelenkrheumatismus? Mit oder ohne Herzbeteiligung?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

15. an ansteckenden Krankheiten, z. B. Tuberkulose, Kinderlähmung, Diphtherie, Scharlach, Gelbsucht, Typhus, Ruhr, Geschlechtskrankheiten?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

16. an sonstigen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

### Allgemeine Gesundheit und Untersuchungen

17. Haben Sie eine gesundheitsbelastende Tätigkeit ausgeführt, die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen erfordert?

nein ☐ ja ☐ und zwar (geben Sie an welche)

.....

.....

.....

18. Sind Sie mit Medikamenten behandelt worden, die Herz, Kreislauf, Psyche oder Stoffwechselvorgänge beeinflussen?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

19. Nehmen oder nahmen Sie Medikamente oder Drogen?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

20. Haben Sie durch einen Unfall Verletzungen erlitten (z. B. Gehirnerschütterung, Schädelbruch)? Haben Sie Vergiftungen erlitten?

nein ☐ ja ☐ und zwar (geben Sie auch das Datum an)

.....

.....

.....

21. Stehen oder standen Sie in nervenärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung oder ist eine entsprechende Beratung oder Behandlung vorgesehen?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

22. Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?

nein ☐ ja ☐

.....

.....

.....

23. Sind Sie operiert worden? Ist eine Operation vorgesehen?

nein ☐ ja ☐ und zwar (geben Sie auch das Datum an)

.....

.....

.....

24. Wurden bei Ihnen besondere medizinisch-technische Untersuchungen durchgeführt (Röntgen, Ultraschall, Endoskopie und / oder andere bildgebende Verfahren)?

nein ☐ ja ☐ und zwar (geben Sie auch das Datum an)

.....

.....

.....

25. Wurden Sie mit Röntgen- oder sonstigen Strahlen behandelt?

nein ☐ ja ☐ und zwar (geben Sie auch das Datum an)

.....

.....

.....

26. Sind Sie in einem Krankenhaus, Sanatorium, Gesundheits- oder Versorgungsamt oder einer Heilstätte oder Kuranstalt untersucht oder behandelt worden?

nein ☐ ja ☐ und zwar (geben Sie auch das Datum an)

.....

.....

.....

27. Sind Sie durch Ärztinnen oder Ärzte, außer den bereits angegebenen, in den letzten fünf Jahren untersucht oder behandelt worden?

nein ☐ ja ☐ und zwar (geben Sie auch das Datum an)

.....

.....

.....

28. Bezogen, beziehen oder beantragen Sie eine Rente, aufgrund gesundheitlicher Schäden oder verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit?

nein ☐ ja ☐ und zwar

.....

.....

.....

29. Sind Sie bereits bei der Polizei, auch bei der Bundespolizei (ehemals Bundesgrenzschutz), bei der Bundeswehr oder bei einer sonstigen Behörde ärztlich untersucht worden?

nein ☐ ja ☐ und zwar (bitte Datum und das Ergebnis / den Tauglichkeitsgrad angeben)

.....

.....

.....

30. Wurden Sie bisher geimpft?

nein ☐ ja ☐ und zwar gegen

.....

.....

.....

31. Treiben Sie Sport (Leistungssport)?

nein ☐ ja ☐ und zwar (geben Sie die Sportarten an)

.....

.....

.....

32. Rauchen Sie oder trinken Sie Alkohol?

nein ☐ ja ☐ und zwar (geben Sie Häufigkeit und Menge an)

.....

.....

.....

Ich versichere, dass ich die Angaben zum Anamnesebogen nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift**