

Angaben zur gesundheitlichen Vorgeschichte

für ein ärztliches Zeugnis zur Einstellung in ein Beamtenverhältnis von

(Name, Vorname, Titel)

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Wohnort)

(Geburtsdatum)

Bei der Einstellung 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 verbleibt bei den Unterlagen der/des untersuchenden Ärztin/Arztes.

Eigene Vorgeschichte

1. Welche bedeutsame Erkrankungen wurden bei Ihnen bisher festgestellt (haben sie durchgemacht)?

Art und Zeitpunkt der Erkrankung

- Herz nein ja:
- Lunge (z.B. Tuberkulose) nein ja:
- Leber nein ja:
- Nieren nein ja:
- Verdauungsorgane nein ja:
- Diabetes nein ja:
- Schilddrüse nein ja:
- Wirbelsäule nein ja:
- Gelenke nein ja:
- Allergien nein ja:
- Infektionskrankheiten nein ja:
- Neurologische Erkrankungen nein ja:
- Psychischen Erkrankungen nein ja:
- Erkrankungen der Augen nein ja:
- Erkrankungen der Ohren nein ja:
- Weiteren Erkrankungen: nein ja:

2. Wurden Sie bereits operiert? nein ja: Grund:
Wann:

3. Hatten sie Unfälle? nein ja: Welche:
Wann:

4. Wurden Sie im Krankenhaus behandelt? nein ja: Grund: Wann:
5. Hatten Sie Aufenthalte in Rehabilitationskliniken? nein ja: Grund: Wann:
6. Bestehen derzeit Beschwerden nein ja: Welche:
- Auffälligkeiten im Urin: nein ja: Welche:
- Auffälligkeiten im Stuhl: nein ja: Welche
7. Waren oder sind Sie in ärztlicher Behandlung oder Beratung nein ja: Grund: Arzt/Ärztin:
8. Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer/psychiatrischer Beratung/Behandlung? nein ja: Grund: Arzt/Ärztin:
9. Regelmäßige Einnahme von Medikamenten nein ja: Welche:
10. Haben sie früher Psychopharmaka eingenommen? nein ja: Welche:
11. Alkoholkonsum nein ja: Wieviel:
Was:
12. Rauchen nein ja: Wieviel:
Was:
13. Besteht Drogenkonsum nein ja: Welche:
14. Treiben Sie Sport nein ja: Was: Wie oft: ca. _____ Stunden pro Woche
15. Sind Sie schwerbehindert oder gleichgestellt? nein ja: GdB:

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

Ort / Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung

zur Übermittlung von Unterlagen und Auskünften zur ärztlichen Untersuchung anlässlich einer Berufung in ein Beamtenverhältnis

Angaben zu untersuchten Person:

Name, Vorname, Titel:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Wohnort:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die untersuchende Ärztin/der untersuchende Arzt, die/der das ärztliche Zeugnis zur Übernahme in ein Beamtenverhältnis erstellt, das Ergebnis der Untersuchung, einschließlich der zugrundeliegenden Diagnose und aller Befunde und Untersuchungen sowie der Anamnese, direkt an die Einstellungs-/ Ernennungsbehörde weiterleitet.

Mir ist bekannt, dass die Erklärung freiwillig ist. Ferner ist mir bekannt, dass im Falle einer Verweigerung des Einverständnisses zur Übermittlung des ärztlichen Zeugnisses einschließlich der vorstehend genannten Informationen die Einstellungs-/Ernennungsbehörde eventuell keine Entscheidung zur Übernahme in ein Beamtenverhältnis treffen oder bei ihrer Entscheidung im Rahmen einer Würdigung entsprechend §§ 427, 444 und 446 ZPO die Übernahme ablehnen kann.

Ort/Datum

Unterschrift der zu untersuchenden Person

(Eine Kopie verbleibt bei den Unterlagen der/des anfordernden Ärztin/Arztes)

Erklärung

über den Ausschluss eines aktuellen oder früheren Behandlungsverhältnisses gegenüber der Einstellungs-/Ernennungsbehörde

Angaben zur Bewerberin / zum Bewerber:

Name, Vorname, Titel:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Wohnort:

Hiermit versichere ich, dass ich mich weder bei der untersuchenden und das ärztliche Zeugnis ausstellenden Ärztin bzw. dem untersuchenden und das ärztliche Zeugnis ausstellenden Arzt noch bei einer Ärztin oder einem Arzt aus deren Berufsausübungsgemeinschaft zum Zeitpunkt der Untersuchung sowie einem Zeitraum von fünf Jahren davor in einem Behandlungsverhältnis befunden habe.

Des Weiteren versichere ich, dass weder die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt noch eine Ärztin oder ein Arzt aus deren Berufsausübungsgemeinschaft mit mir verwandt, verschwägert, verheiratet oder verpartnert ist.

Ort/Datum

Unterschrift Bewerberin/Bewerber