

Antrag auf Erstellung eines amtsärztlichen Zeugnisses

Ihre Daten

Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers		Titel / Akademischer Grad	
Vorname		Nachname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Adresse			
PLZ		Ort	
Telefon			
E-Mail			

Ich werde mich ausweisen durch:

Personalausweis Reisepass

Angaben zum Beruf

Beruf		
Zweck der Begutachtung		
<input type="checkbox"/> Verbeamtung	<input type="checkbox"/> Bescheinigung fürs Finanzamt	<input type="checkbox"/> Nachteilsausgleich
<input type="checkbox"/> Kapitalabfindung	<input type="checkbox"/> Schulsporthilfe	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Sonstiges		

Veranlassung

Veranlasst von	
Adresse der veranlassenden Stelle	
PLZ	Ort
Mit dem Schreiben vom	Akten-/Geschäftszeichen des Schreibens

Hiermit willige ich ausdrücklich ein, dass das Gesundheitsamt das mich betreffende Gesundheitszeugnis zu dem Zweck einer dienstrechtlichen Entscheidung über meine Übernahme in das Beamtenverhältnis an die für diese Entscheidung zuständige personalbewirtschaftende Stelle weiterleitet. Das Gesundheitszeugnis darf hierbei nur die erforderlichen medizinischen Daten für die dienstrechtliche Entscheidung zur Übernahme in das Beamtenverhältnis enthalten. Die Einwilligung kann jederzeit ganz oder teilweise schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Gesundheitsamt mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Familienvorgeschichte (Eltern, Geschwister, Kinder)

folgende Krankheiten:	
<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> krankhaftes Übergewicht <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Suchtkrankheit <input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislauferkrankungen <input type="checkbox"/> keine ernsten Krankheiten <input type="checkbox"/> Sonstiges
Sonstiges	

Eigene Vorgeschichte

folgende Krankheiten:	
<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Allergien, Heuschnupfen, Asthma <input type="checkbox"/> chronische Lungenerkrankung (z.B. Tuberkulose, Hepatitis B/C, HIV-Infektion) <input type="checkbox"/> Mandelentzündung, Scharlach <input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten	<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> keine ernsten Krankheiten oder Behinderungen <input type="checkbox"/> Sonstiges
Sonstiges	
Krankheiten folgender Organe	
<input type="checkbox"/> Blutgefäße <input type="checkbox"/> Bronchien/Lunge <input type="checkbox"/> Gallenblase <input type="checkbox"/> Harnblase <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Herz <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> Magen und Darm	<input type="checkbox"/> Nieren <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> Nervensystem, Gehirn <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Ohren und Gleichgewichtssinn <input type="checkbox"/> Schilddrüse <input type="checkbox"/> Keine ernsten Krankheiten <input type="checkbox"/> Sonstiges
Sonstiges	
Wurden Sie wegen eines bestimmten Leidens längere Zeit oder wiederholt behandelt?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, weshalb und von wem wurden Sie behandelt?	
Gab es Krankenhausaufenthalte oder Kuren?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Falls ja, geben Sie bitte Jahr, Dauer und Grund an
Hatten Sie Operationen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, führen Sie bitte Ihre Antwort weiter aus

Falls auf sie zutreffend:

Haben Sie bereits Kinder geboren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geben Sie bitte Ihre Geburten an (Jahr)

Weitere gesundheitliche Angaben

3. Sind Sie schwerbehindert oder gleichgestellt? Bzw. haben Sie Rente beantragt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, weshalb?	Grad der Behinderung
4.1 Stehen Sie zurzeit in medizinischer Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, weshalb?	
4.2 Nehmen Sie Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, weshalb?	
5. Besteht bei Ihnen eine Suchtkrankheit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, von welcher Droge sind Sie abhängig und seit wann?	
6. Jetzige Beschwerden oder Krankheiten? <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit/ Gewichtsabnahme <input type="checkbox"/> Beschwerden der Verdauung /des Stuhlgangs <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (z.B. Gicht/Fette) <input type="checkbox"/> andere Stoffwechselstörung <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Nachtschweiß <input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Hörstörungen/Tinnitus <input type="checkbox"/> Sehstörungen (z.B. Doppelbilder, Nachtblindheit) <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen/ Schwindel <input type="checkbox"/> psychische Beschwerden (z.B. Depression, Angst) <input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden <input type="checkbox"/> Schmerzen anderer Lokalisation <input type="checkbox"/> Schmerzen und Bewegungseinschränkungen an der Wirbelsäule/ Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Keine Beschwerden

7. Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
8. Tragen Sie eine Sehhilfe? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche Sehhilfe nutzen Sie? <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen
Stärke der Sehhilfe links	Stärke der Sehhilfe rechts

9. Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, seit wann und wie viel/wovon?	
10. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, seit wann und wie viel/wovon?	
11. Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z.B. Musterung)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, wo und wie war das Ergebnis?	

Erklärung

<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass dem untersuchenden Arzt alle für die Beurteilung benötigten ärztlichen Befunde und Unterlagen zur Verfügung gestellt sowie Auskünfte erteilt werden. Zu diesem Zweck entbinde ich die Ärzte, Zahnärzte und Angehörigen anderer Heilberufe, die mich untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht.
<input type="checkbox"/> Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass diese Beurteilungsgrundlage und die weiteren medizinischen Befunde und Unterlagen zur Klärung medizinischer Zweifelsfragen im erforderlichen Umfang innerhalb des ärztlichen Dienstes (Ärzte an Gesundheitsämtern, Regierungen und im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) weitergegeben werden können.
<input type="checkbox"/> Ich habe dem untersuchenden Arzt alles mitgeteilt, das für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes von Bedeutung sein könnte.

Angaben zur Terminvereinbarung

Wann bevorzugen Sie den Termin? <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag
Welche Wochentage sind nicht möglich? <input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag
Weitere Anmerkungen
Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Zur Bearbeitung benötigen wir die im Antrag genannten Dokumente als beglaubigte Kopie oder im Original zur Vorlage. Den ausgefüllten Antrag und die Anlagen senden Sie bitte an:

Landratsamt Dillingen a.d.Donau
 Fachbereich Gesundheit
 Große Allee 24
 89407 Dillingen a.d.Donau