

| |
|--|
| 3. Sind Sie schwerbehindert? Haben Sie Rente beantragt? Sind Sie gleichgestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weshalb _____ / GdB |
| 4. a) Stehen Sie zurzeit in medizinischer Behandlung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei wem / weshalb _____ b) Nehmen Sie Medikamente ein? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weshalb _____ Präparate/ seit wann?: Präparate/ seit wann?: _____ |
| 5. Suchtkrankheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ abhängig von welcher Droge _____ |
| 6. Jetzige Beschwerden oder Krankheiten <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit/Gewichtsabnahme <input type="checkbox"/> Beschwerden der Verdauung/des Stuhlgangs <input type="checkbox"/> Nachtschweiß <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> andere Stoffwechselstörung (z.B. Gicht/Fette) <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden <input type="checkbox"/> Psychische Beschwerden (z.B. Depression, Angst) <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Hörstörungen/Tinnitus <input type="checkbox"/> Sehstörungen (z.B. Doppelbilder, Nachtblindheit) <input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung/Schwindel <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Schmerzen und Bewegungseinschränkungen an der Wirbelsäule und am Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> Schmerzen anderer Lokalisationen: <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? Stärke der Sehhilfe: rechts: sph zyl. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen Links: sph zyl. |
| 9. Rauchen Sie? Haben Sie früher geraucht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ bis _____ wieviel / wovon _____ |
| 10. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich? Haben Sie früher regelmäßig konsumiert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ bis _____ wie viel / wovon _____ |
| 11. Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z. B. Musterung)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wo _____ Ergebnis _____ |

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung

| | | | |
|--|----|--|--|
| Name, Vorname , | | Geburtsname | |
| geboren am | in | | |
| wohnhaft in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort , | | | |
| <input type="checkbox"/> amtsbekannt | | ausgewiesen durch: <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis | |
| Begutachtendes Gesundheitsamt: Begutachtende Regierung: | | Gesundheitszeugnis vom: | |

Hiermit willige ich, , geb. am , wh. ausdrücklich ein, dass dem Gesundheitsamt Roth alle ärztlichen Befunde und Unterlagen, die zu dem Zweck der ärztlichen Begutachtung hinsichtlich (Angabe von Organen, Körperfunktionen, Symptomen oder Befunden aus der eigenen Anamnese/Untersuchung) erforderlich sind, zur Verfügung gestellt sowie entsprechende Auskünfte erteilt werden.

Zu diesem Zweck entbinde ich die folgenden Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte bzw. Angehörigen anderer Heilberufe, die mich untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht:

.....
.....
.....
.....

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Einwilligung und Schweigepflichtentbindung verweigern kann. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Gesundheitsamt Roth mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Erklärung zur Einwilligung und Schweigepflichtentbindung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt. Sollte ich diese Erklärung verweigern oder widerrufen kann dies zur Folge haben, dass seitens des Gesundheitsamtes Roth kein abschließendes Gesundheitszeugnis ausgestellt werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift