

Selbstauskunftsbogen

Vor- und Nachname (ggf. Geburtsname):
Geburtsdatum:
Anschrift:
Telefonnummer:

Schulbildung:
Berufsausbildung:
Berufliche Tätigkeiten:

Jetzige Beschwerden:	Nein	Ja, folgende
Sehstörungen oder Sehhilfe		
Appetitlosigkeit		
Stimmungs- oder Antriebsschwankungen		
Zittern		
Kopfschmerzen oder Schwindel		
Hörstörung		
Schlafstörung		
Anfallsleiden		
Husten		
Atemnot		
Herzbeschwerden		
Nachtschweiß		
Gewichtsabnahme		
Verdauungsstörung		
Beschwerden beim Wasserlassen		
Rücken- oder Gelenkbeschwerden		
Rheumatische Beschwerden		
Gynäkologische Beschwerden		
Sonstige Beschwerden		

Stadt Oberhausen
 Der Oberbürgermeister
 Bereich Gesundheit
 Fachbereich 3-4-40
 Amtsärztlicher Dienst, Sozialmedizin

Vorerkrankungen:	Nein	Ja, folgende
Infektionserkrankungen (z.B. Masern, Tuberkulose, HIV, Scharlach, Windpocken, Ringelröteln)		
Erkrankungen des Blutes (z.B. Anämie, Leukämie)		
Erkrankungen des Herzens oder des Herzkreislaufs (z.B. Bluthochdruck, Koronare Herzerkrankung, Herzinfarkt)		
Erkrankungen der Leber (z.B. Fettleber, Zirrhose)		
Erkrankungen der Nieren oder der ableitenden Harnwege (z.B. Nierensteine, Blasenschwäche, Blasenentzündung)		
Erkrankungen des Stoffwechsels (z.B. Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes mellitus, Gicht)		
Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (z.B. Divertikel, Reflux, Gastritis, Divertikulitis, M.Crohn, Colitis Ulcerosa)		
Orthopädische Erkrankungen (z.B. Knochenbrüche, Knie-Senk-Spreiz-Fuß)		
Erkrankungen der Wirbelsäule (z.B. Skoliose, Bandscheibenvorfall, M. Scheuermann)		
Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Migräne, Epilepsie, Multiple Sklerose)		
Erkrankungen des Auges (z.B. Grauer Star/Grüner Star, Kurz-/Weitsichtigkeit)		
Erkrankungen der Ohren (z.B. Mittelohrentzündung, Taubheit)		
Erkrankung der Psyche (z.B. Depression, Erschöpfungssyndrom, Burn-out, Schizophrenie)		
Gynäkologische und/oder urologische Erkrankungen (z.B. Myome, Endometriose, Prostatahyperplasie)		
Weitere durchgeführte Operationen (z.B. Blinddarmentfernung, Mandelentfernung)		
Krebserkrankungen		
Allergien		

Stadt Oberhausen
 Der Oberbürgermeister
 Bereich Gesundheit
 Fachbereich 3-4-40
 Amtsärztlicher Dienst, Sozialmedizin

Sucht- und Genussmittel:	Regelmäßig	Selten	Nie	Nicht mehr seit:
Alkohol				
Nikotin				
Drogen				

	Nein	Ja (Ursache und Zeitraum)
Sind Sie zur Zeit krank oder arbeitsunfähig geschrieben?		
Gab es in den letzten 12 Monaten Fehlzeiten?		

	Nein	Ja (Ursache, Zeitpunkt und Ort)
Bisher durchgeführte Heilmaßnahmen/ Sanatoriumsmaßnahmen		
Krankenhausaufenthalte		
Sind Sie bisher gutachterlich/ in einem Gesundheitsamt untersucht worden (Einstellung, Verbeamtung, Dienstupfall o.ä.) ?		

	Nein	Ja (Angabe des Schweregrades)
Anerkannte Schwerbehinderung oder Gleichstellung Merkzeichen G, aG, B, H, BI, RF, TBI		

	Nein	Ja, folgende:
Regelmäßige Medikamenteneinnahme		

Hausärztin/ Hausarzt	
Weitere behandelnde Ärztinnen und Ärzte oder Therapeutinnen und Therapeuten	

Hiermit versichere ich, dass ich zu meinem Gesundheitszustand vollständige und wahrheitsgemäße Angaben gemacht habe.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass Vorgutachten und Vorbefunde bei der Begutachtung Verwendung finden dürfen.

Ich bin mit der Weitergabe des Untersuchungsergebnisses an den Auftraggeber ggf. auch per Fax einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift