

Ärztliches Gutachten zur Beurteilung der Polizeidiensttauglichkeit



Selbstauskunft - durch den Bewerber/die Bewerberin auszufüllen!

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

PLZ, Wohnort

Straße, Hausnummer

erlernter Beruf

zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit

Telefon-Nr.

(bei Minderjährigen auch die der **Personensorgeberechtigten**)

E-Mail-Adresse

(bei Minderjährigen auch die der **Personensorgeberechtigten**)

Erklärung

Ich bin bereit, der untersuchenden Ärztin/dem untersuchenden Arzt alle Umstände zu offenbaren, die für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes bedeutsam sein können. Ich nehme zur Kenntnis, dass das Verschweigen bestehender Beschwerden und früherer oder bestehender Krankheiten, Störungen oder Beschwerden die Entlassung aus dem Polizeivollzugsdienst nach sich ziehen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass das anlässlich meiner Einstellung in den Polizeivollzugsdienst erstellte ärztliche Gutachten zur Beurteilung der Polizeidiensttauglichkeit 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 Ärztin/dem Arzt zur Verfügung zu stellen. Ich bin darüber informiert, dass der Einstellungsbehörde die ärztliche Beurteilung „gesundheitlich geeignet“ oder „gesundheitlich nicht geeignet“ mitgeteilt wird.

Im Falle der gesundheitlichen Nichteignung willige ich ein, dass der Einstellungsbehörde die zur Entscheidung führenden Gründe mitgeteilt werden. Insoweit entbinde ich die untersuchende Ärztin/den untersuchenden Arzt von ihrer/seiner Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift

(bei Minderjährigen auch Unterschrift der **Personensorgeberechtigten**)

Vertrauliche Arztsache!

Ärztliches Gutachten zur Beurteilung der Polizeidiensttauglichkeit

(1. Vorgeschichte)

**Jede Frage ist einzeln zu beantworten, keine zu übergangen oder mit Strichen abzutun.
Bei Platzmangel sind Ergänzungen auf einem gesonderten Blatt beifügen.**

1.1	Sind bei Eltern, Geschwistern oder anderen nahen Verwandten Tuberkulose, Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck, Nerven- oder Gemütskrankheiten, Selbsttötung vorgekommen? Welche? Bei wem?	☐ ja ☐ nein
1.2	Leiden oder litten Sie an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:	In den folgenden Zeilen ist anzugeben: Welche? Wann?
1.2.1	des Herzens oder der Kreislauforgane, z. B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Herzschmerzen, Atemnot bei Anstrengungen, erhöhtem oder zu niedrigem Blutdruck, Embolie?	☐ ja ☐ nein
1.2.2	der Atmungsorgane, z. B. Tuberkulose, Rippen-(Brust-)fellentzündung, wiederholter oder länger anhaltender Bronchitis, Asthma, Heuschnupfen oder anderen Allergien, Stirn- oder Kieferhöhlenvereiterung?	☐ ja ☐ nein
1.2.3	der Verdauungsorgane, z. B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leber- oder Gallenblasenleiden, Gelbsucht, Stuhlverstopfung?	☐ ja ☐ nein
1.2.4	der Harn- und Geschlechtsorgane, z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, erschwerten oder blutigem Harnlassen, Eiweißausscheidung, Hodenentzündungen oder Eierstockentzündungen?	☐ ja ☐ nein
1.2.5	des Gehirn- oder Rückenmarks, an Gemüts- oder Geistesstörung, z. B. Depressionen, Epilepsie, Krämpfen, Schwindel, Bettnässen, Ohnmachten, Lähmungen, häufigen oder anfallartigen Kopfschmerzen, Sprachstörungen?	☐ ja ☐ nein
1.2.6	der Augen, z. B. Herabsetzung der Sehschärfe (wenn Brillen- oder Kontaktlinsenträger, Stärke der Gläser angeben), Korrekturlinsen, Laseroperation, Farbenschwäche, häufigen Bindehautentzündungen?	☐ ja ☐ nein
1.2.7	der Ohren, z. B. Mittelohrentzündung, Ohrenfluss, Schwerhörigkeit? Haben Sie Arbeiten unter starker Lärmeinwirkung verrichtet?	☐ ja ☐ nein

Vertrauliche Arztsache!

Ärztliches Gutachten zur Beurteilung der Polizeidiensttauglichkeit

(1. Vorgeschichte)

Jede Frage ist einzeln zu beantworten, keine zu übergangen oder mit Strichen abzutun. Bei Platzmangel sind Ergänzungen auf einem gesonderten Blatt beifügen.

1.2.8	der Haut, z. B. Ausschlag oder Flechte, Nesselfieber, Milchschorf, anderen allergische Hauterscheinungen?	☐ ja ☐ nein
1.2.9	der Wirbelsäule, Knochen und Gelenke, z. B. Nacken- oder Rückenschmerzen, Hexenschuss, Ischias, Knochenbrüchen, Sportverletzungen? Wurde Ihnen orthopädisches Turnen verordnet?	☐ ja ☐ nein
1.2.10	der Lymphknoten, der Milz, des Blutes?	☐ ja ☐ nein
1.2.11	an Stoffwechselkrankheiten, z. B. Zuckerkrankheit, Funktionsstörungen der Schilddrüse, Gicht?	☐ ja ☐ nein
1.2.12	an Geschwülsten?	☐ ja ☐ nein
1.2.13	an Gelenkrheumatismus? Mit oder ohne Herzbeteiligung?	☐ ja ☐ nein
1.2.14	an ansteckenden Krankheiten, z. B. Tuberkulose, Kinderlähmung, Diphtherie, Scharlach, Gelbsucht, Typhus, Ruhr, Geschlechtskrankheiten?	☐ ja ☐ nein
1.2.15	an sonstigen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde?	☐ ja ☐ nein
1.2.16	Haben Sie eine gesundheitsbelastende Tätigkeit ausgeführt, die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen erfordert? Welche?	☐ ja ☐ nein
1.3	Nehmen oder nahmen Sie Medikament oder Drogen? Welche?	☐ ja ☐ nein
1.4	Sind Sie mit Medikamenten behandelt worden, die Herz, Kreislauf, Psyche oder Stoffwechselvorgänge beeinflussen? Welche?	☐ ja ☐ nein
1.5	Haben Sie durch einen Unfall, Verletzungen (z. B. Gehirnerschütterung, Schädelbruch) erlitten? Haben Sie Vergiftungen erlitten? Welche, wann?	☐ ja ☐ nein
1.6	Stehen oder standen Sie in nervenärztlicher/psychotherapeutischer Behandlung oder ist eine entsprechende Beratung/Behandlung vorgesehen?	☐ ja ☐ nein



Vertrauliche Arztsache!

Ärztliches Gutachten zur Beurteilung der Polizeidiensttauglichkeit

(1. Vorgeschichte)

**Jede Frage ist einzeln zu beantworten, keine zu übergehen oder mit Strichen abzutun.
Bei Platzmangel sind Ergänzungen auf einem gesonderten Blatt beifügen.**

1.7	Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?	☐ ja ☐ nein
1.8	Sind Sie operiert worden? Ist eine Operation vorgesehen? Weswegen, wann?	☐ ja ☐ nein
1.8.1	Wurden bei Ihnen besondere medizinisch-technische Untersuchungen durchgeführt (Röntgen, Ultraschall, Endoskopie oder andere bildgebende Verfahren)? Weswegen, wann?	☐ ja ☐ nein
1.8.2	Wurden Sie mit Röntgen- oder sonstigen Strahlen behandelt? Weswegen, wann?	☐ ja ☐ nein
1.9	Sind Sie in einem(r) Krankenhaus, Heilstätte, Sanatorium, Kuranstalt, Gesundheits- oder Versorgungsamt untersucht oder behandelt worden? Weswegen, wann?	☐ ja ☐ nein
1.10	Sind Sie durch Ärztinnen/Ärzte, außer den bereits angegebenen, in den letzten fünf Jahren untersucht oder behandelt worden? Falls ja, weswegen?	☐ ja ☐ nein
1.11	Bezogen, beziehen oder beantragen Sie eine Rente aufgrund gesundheitlicher Schäden oder verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit?	☐ ja ☐ nein
1.12	Sind Sie bereits bei der Polizei, auch bei der Bundespolizei (ehemals Bundesgrenzschutz), bei der Bundeswehr oder bei einer sonstigen Behörde ärztlich untersucht worden? Wann, wo? Ergebnis bzw. Tauglichkeitsgrad?	☐ ja ☐ nein
1.13	Wogegen wurden Sie bisher geimpft?	☐ ja ☐ nein
1.14	Treiben Sie Sport (Leistungssport)? Welche Sportarten pflegen Sie?	☐ ja ☐ nein
1.15	Rauch- und Trinkgewohnheiten mit Mengenangabe	☐ ja ☐ nein