

# 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

## Erklärung

Ich bin bereit, der/dem untersuchenden Polizeiärztin/Polizeiarzt alle Umstände zu offenbaren, die für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes bedeutsam sein können. Ich nehme zur Kenntnis, dass das Verschweigen bestehender Beschwerden und früherer Krankheiten die Entlassung aus dem Polizeidienst 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 Polizeiärztin/dem Polizeiarzt zur Verfügung zu stellen. Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Polizeiärztin/der Polizeiarzt, falls nötig, weitere Auskünfte über frühere Erkrankungen oder Untersuchungen einholt und die zur Feststellung der Polizeidiensttauglichkeit nach der Polizeidienstvorschrift (PDV 300) notwendigen Untersuchungen sowie Labortests durchführt. Ich bin darüber informiert, dass die Einstellungsbehörde ein Tauglichkeitszeugnis erhält, das die ärztliche Beurteilung „polizeidiensttauglich“ oder „polizeidienstuntauglich“ enthält.

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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.2.2	der Atmungsorgane, z. B. Tuberkulose, Rippen-(Brust-)fellentzündung, wiederholter oder länger andauernder Bronchitis, Asthma, Heuschnupfen oder anderen Allergien, Stirn- oder Kieferhöhlenvereiterung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.2.3	der Verdauungsorgane, z. B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leber- oder Gallenblasenleiden, Gelbsucht, Stuhlverstopfung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.2.4	der Harn- und Geschlechtsorgane, z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, erschwerten oder blutigem Harnlassen, Eiweißausscheidung, Hodenentzündungen oder Eierstockentzündungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.2.6	der Augen, z. B. Herabsetzung der Sehschärfe (wenn Brillen- oder Kontaktlinsenträger, Stärke der Gläser angeben), Korrekturlinsen, Laseroperation, Farbschwäche, bei häufigen Bindehautentzündungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.2.7	der Ohren, z. B. Mittelohrentzündung, Ohrenfluss, Schwerhörigkeit? Haben Sie Arbeiten unter starker Lärmeinwirkung verrichtet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_



POLIZEI  
SACHSEN-ANHALT

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

1.7	Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.8	Sind Sie operiert worden? Ist eine Operation vorgesehen? Weswegen, wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.8.1	Wurden bei Ihnen besondere medizinisch-technische Untersuchungen durchgeführt (Röntgen, Ultraschall, Endoskopie und/oder andere bildgebende Verfahren)? Weswegen, wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.8.2	Wurden Sie mit Röntgen- oder sonstigen Strahlen behandelt? Weswegen, wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.9	Sind Sie in einem Krankenhaus, Heilstätte, Sanatorium, Kuranstalt, Gesundheits- oder Versorgungsamt untersucht oder behandelt worden? Weswegen, wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.10	Sind Sie durch Ärztinnen/Ärzte, außer den bereits angegebenen, in den letzten fünf Jahren untersucht oder behandelt worden? Falls ja, weswegen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.11	Bezogen, beziehen oder beantragen Sie eine Rente aufgrund gesundheitlicher Schäden oder verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.13	Wurden Sie bisher geimpft? Wogegen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.14	Treiben Sie Sport (Leistungssport)? Welche Sportarten pflegen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.15	Rauch- und Trinkgewohnheiten mit Mengenangaben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein