

# Angaben zur Vorgeschichte

Amtsärztlicher Dienst - Fachdienst Gesundheit

Ihre Angaben helfen, das Untersuchungsgespräch zu strukturieren und verbleiben beim Gesundheitsamt. Eine zutreffende medizinische Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes ist nur möglich, wenn Sie Ihre Krankengeschichte möglichst vollständig darlegen.

Name:

Wohnort:

Vorname:

PLZ:

Geburtsdatum:

Straße:

Telefon:

e-Mail:

## Bei mir bestehen folgende Erkrankungen:

Was? Wann? Wie lange?

Herz-Kreislauf /  
Blutgefäße

Lunge/Bronchien  
(Asthma, Tbc, COPD)

Allergien / Haut

Bauchorgane  
(z.B. Magen, Leber, Darm)

Harnwege/Geschlechtsorgane

Hals-Nase-Ohren

Wirbelsäule/  
Gelenke (orthopädisch)

Nervensystem / Psyche

Andere Chronische Erkrankungen  
(z.B. Diabetes, Schilddrüse, HIV)

Krebserkrankungen

Unfälle mit fortbestehenden  
Gesundheitsfolgen

Sonstige

## Längerfristige Behandlungen:

Krankenhaus	ambulant stationär	Wo, wie lange, Grund?
-------------	-----------------------	-----------------------

Rehabilitation/Kur	ambulant stationär	Wo, wie lange, Grund?
--------------------	-----------------------	-----------------------

Psychosomatische / Psycho-Therapie	ambulant stationär	Wo, wie lange?
---------------------------------------	-----------------------	----------------

Ich bin in regelmäßiger ärztlicher Behandlung wegen:

Ich habe aktuell folgende Beschwerden:

Ich bin zurzeit arbeitsunfähig oder in der Dienstausbung eingeschränkt

Ich benötige eine Brille/ Kontaktlinsen	PC-Brille ständig	Dioptrien re. Dioptrien li.
--	----------------------	--------------------------------

Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente ein: (ggf. Medikamentenplan anfügen)

Es besteht eine anerkannte Schwerbehinderung / Gleichstellung, GdB = %

Ich rauche Zigaretten pro Tag / E-Zigaretten pro Tag  
Seit Jahren.  
Seit nicht mehr.

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Woche? Flaschen Bier  
Gläser Wein / AlcoPops  
Spiritousen in ml

Ich konsumiere folgende sonstige chemische oder pflanzliche Rauschmittel

Wie oft betätigen Sie sich körperlich pro Woche?  
(Sport, Fitness, Radfahren, Spaziergänge)  
Art der Bewegung:  
Dauer der Bewegungseinheit min

Ich versichere, dass die oben gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen korrekt und vollständig sind.

Datum

Unterschrift

Datenschutzerklärung:

Die Datenverarbeitung erfolgt nach §10 DSGVO M-V in Verbindung mit § 25 ÖGDG M-V. Da es sich um Gesundheitsdaten im Sinne des § 8 DSGVO M-V in Verbindung mit Art. 9 Abs.1 DSGVO handelt, sind diese Daten besonders zu schützen. Sie werden vertraulich behandelt und nur zum gesetzlich vorgesehenen Zweck verarbeitet. Weitere Informationen nach Art. 13 DSGVO finden Sie auf der Internetseite der Landeshauptstadt Schwerin unter <https://www.schwerin.de/datenschutzerklaerung/amtsaerztlicher-dienst>.