



Selbstauskunftsbogen

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

Schul Ausbildung:
Berufsausbildung:
Berufliche Tätigkeit:

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



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 Herzerkrankungen, 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)		
Erkrankungen 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		



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

	Nein	Ja (Ursache und Zeitraum)
Sind Sie zurzeit 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, Dienstunfall 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