**Selbstauskunftsbogen**

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

|  |
| --- |
| **Schulausbildung:** |
| **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 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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, Dienstunfall o.ä.) ?** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nein | Ja (Angabe des Schweregrades) |
| **Anerkannte Schwerbehinderung oder Gleichstellung****Merkzeichen G, aG, B, H, Bl, RF, TBl** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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