

3. Sind Sie schwerbehindert? Haben Sie Rente beantragt? Sind Sie gleichgestellt?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	weshalb	/ GdB
4. a) Stehen Sie zurzeit in medizinischer Behandlung?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	bei wem/weshalb	
b) nehmen Sie Medikamente ein?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	weshalb	Präparate/ seit wann?:
Präparate/ seit wann?:			
5. Suchtkrankheit?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	seit	
abhängig von welcher Droge			
6. Jetzige Beschwerden oder Krankheiten			
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit/Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> Beschwerden der Verdauung/des Stuhlgangs	<input type="checkbox"/> Nachtschweiß	
<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> nächtliches Wasserlassen	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> andere Stoffwechselstörung (z. B. Gicht/Fette)	<input type="checkbox"/> hoher Blutdruck	
<input type="checkbox"/> rheumatische Beschwerden	<input type="checkbox"/> Psychische Beschwerden (z. B. Depression, Angst)	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	
<input type="checkbox"/> Hörstörungen/Tinnitus	<input type="checkbox"/> Sehstörungen (z. B. Doppelbilder, Nachtblindheit)	<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörung/Schwindel	
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Schmerzen und Bewegungseinschränkungen an der Wirbelsäule und am Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/> Schmerzen anderer Lokalisation:	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			
<input type="checkbox"/> keine Beschwerden			
7. Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
8. Tragen Sie eine Sehhilfe?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen
		Stärke der Sehhilfe: rechts:	sph zyl.
		links:	sph zyl.
9. Rauchen Sie? Haben Sie früher geraucht?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	von	bis wieviel/wovon
10. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich? Haben Sie früher regelmäßig konsumiert?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	von	bis wieviel/wovon
11. Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z. B. Musterung)?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wo	Ergebnis

Erklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese Beurteilungsgrundlage und die weiteren medizinischen Befunde und Unterlagen zur Klärung medizinischer Zweifelsfragen im erforderlichen Umfang innerhalb des ärztlichen Dienstes (Ärzte an den Gesundheitsämtern, Regierungen und im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) verarbeitet werden können. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung verweigern kann. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Gesundheitsamt bzw. der Regierung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt. Sollte ich diese Erklärung verweigern oder widerrufen kann dies zur Folge haben, dass seitens des Gesundheitsamtes bzw. der Regierung kein abschließendes Gesundheitszeugnis ausgestellt werden kann. Ich habe dem untersuchenden Arzt alles mitgeteilt, was für die Beurteilung meines Gesundheitszustands von Bedeutung sein könnte.