

Beurteilungsgrundlage (bleibt im ärztlichen Dienst)				Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> oder ausfüllen	
Name		Geburtsname		Vorname	
Geburtstag	Geburtsort			Beruf	
wohnhaft	Straße		Hausnummer	PLZ	Wohnort
amtsbekannt		ausgewiesen durch		Reisepass	Personalausweis
wurde zwecks			begutachtet.		
veranlasst von		mit Schreiben vom		Gz.	

Angaben zur Untersuchung

1. Familienvorgeschichte (Eltern, Geschwister, Kinder), folgende Krankheiten:			
hoher Blutdruck	krankhaftes Übergewicht	Zuckerkrankheit	Herz- und Kreislauferkrankungen
Suchtkrankheiten	rheumatische Krankheiten	Augenerkrankungen	Krebs
Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche			
Sonstiges			
keine ernsten Krankheiten			
2. Eigene Vorgeschichte , folgende Krankheiten:		Krankheiten folgender Organe:	
hoher Blutdruck		Blutgefäße	Nervensystem, Gehirn
Allergien, Heuschnupfen, Asthma		Bronchien/Lunge	Augen
chronische Lungenerkrankungen		Gallenblase	Ohren und Gleichgewichtssinn
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)		Harnblase	Schilddrüse
Mandelentzündungen, Scharlach		Haut	Herz
chronische Infektionserkrankungen (z. B. Tuberkulose, Hepatitis B/C, HIV-Infektion/ AIDS-Erkrankung)		Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke und Wirbelsäule)	
Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche		Leber	Magen und Darm
rheumatische Krankheiten		Nieren	
Krebs		Sonstiges:	
Sonstige:			
keine ernsten Krankheiten oder Behinderungen			

Wurden Sie wegen eines bestimmten Leidens längere Zeit oder wiederholt behandelt?				
nein	ja	weshalb		
		von wem		
Krankenhausaufenthalte/Kuren (Jahr, Dauer, Grund)				
Operationen				
Bei Frauen: Geburten (Jahr)				
3. Sind Sie schwerbehindert? Haben Sie Rente beantragt?				
nein	ja	weshalb	/GdB:	v. H.
4. a) Stehen Sie zurzeit in medizinischer Behandlung?				
nein	ja	bei wem/weshalb		
b) Nehmen Sie Medikamente ein?				
nein	ja	weshalb/seit		
5. Suchtkrankheit?				
nein	ja	seit		
		abhängig von welcher Droge		
6. Jetzige Beschwerden oder Krankheiten				
Appetitlosigkeit/Gewichtsabnahme		Beschwerden der Verdauung/des Stuhlgangs		Nachtschweiß
Atemnot		Husten		nächtliches Wasserlassen
Zuckerkrankheit		andere Stoffwechselstörung (z. B. Gicht/Fette)		hoher Blutdruck
rheumatische Beschwerden		psychische Beschwerden (z. B. Depression, Angst)		Schlafstörungen
Hörstörungen/Tinnitus		Sehstörungen (z. B. Doppelbilder, Nachtblindheit)		Gleichgewichtsstörung/Schwindel
Kopfschmerzen		Schmerzen und Bewegungseinschränkungen an der Wirbelsäule und am Bewegungsapparat		
Schmerzen anderer Lokalisation:				
Sonstiges:				
keine Beschwerden				
7. Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?				
ja	nein			
8. Tragen Sie eine Sehhilfe?				
nein	ja	Brille	Kontaktlinsen	Stärke der Sehhilfe
				rechts: sph. zyl.
				links: sph. zyl.
9. Rauchen Sie?				
nein	ja	seit	wie viel/wovon	
10. Nehmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke (einschließlich Bier) zu sich?				
nein	ja	seit	wie viel/wovon	
11. Wurden Sie schon einmal auf Ihre gesundheitliche Eignung untersucht (z. B. Musterung)?				
nein	ja	wo	Ergebnis:	

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass der untersuchenden Ärztin/dem untersuchenden Arzt alle für die Beurteilung benötigten ärztlichen Befunde und Unterlagen zur Verfügung gestellt sowie Auskünfte erteilt werden. Zu diesem Zweck entbinde ich die Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte und Angehörigen anderer Heilberufe, die mich untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass diese Beurteilungsgrundlage und die weiteren medizinischen Befunde und Unterlagen zur Klärung medizinischer Zweifelsfragen im erforderlichen Umfang innerhalb des ärztlichen Dienstes (Ärztinnen und Ärzte an den Gesundheitsämtern, Regierungen und im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) weitergegeben werden können.

Ich habe der untersuchenden Ärztin/dem untersuchenden Arzt alles mitgeteilt, was für die Beurteilung meines Gesundheitszustands von Bedeutung sein könnte.

Ort

Datum

Unterschrift

Ergänzungen

Bitte die nachfolgenden Seiten 4 bis 6 mit grauem Hintergrund nicht ausfüllen,
da diese Angaben ausschließlich vom Gesundheitsamt Starnberg eingetragen werden.

Puls: /min	Blutdruck: rechter Arm: RR / mmHg	linker Arm: RR / mmHg	
Falls erforderlich Belastung, Art der Belastung			
Ohne Besonderheiten		Von der Norm abweichende Befunde (mit Bezugsnummer)	
1. Augen/Sehvermögen	o. B.		
2. Ohren/Hörorgan (Tonaudiogramm)	o. B.		
3. Sprachorgan	o. B.		
4. Gesamteindruck/Gang	o. B.		
5. Allgemeinzustand	o. B.		
6. Haut und sichtbare Schleimhäute	o. B.		
7. Hals, Mundhöhle (mit NAP und Schilddrüse)	o. B.		
8. Gebiss	gesund	saniert	
9. Herz und Kreislauforgan/periphere Durchblutung	o. B.		
10. Atmungsorgane	o. B.		
11. Bauchorgane/Hernien	o. B.		
12. Harn- und Geschlechtsorgane (Nierenlager)	o. B.		
13. Bewegungsapparat (Zustand und Funktion von Gliedmaßen und Wirbelsäule)	o. B.		
14. Neurologischer Befund	o. B.		
15. Gleichgewichtssinn (Romberg-Test, Unterberger-Tretversuch)	o. B.		
16. Psychischer Befund	o. B.		
17. Röntgenbefund Thorax (nur, wenn aufgrund von Anamnese, klinischen Befunden oder besonderen Tätigkeitsanforderungen notwendig)	o. B.		
18. Impfberatung und Impfstatus (Kontrolle des Impfbuchs):			
Impfberatung durchgeführt			
Impfberatung nicht durchgeführt, weil		Impfbuch nicht vorgelegt	Sonstiges:
Impfstatus altersentsprechend		Impfstatus lückenhaft bezüglich der Impfung gegen	
Impfung durchgeführt gegen:			
19. Bei Frauen, die einem erhöhten Rötelninfektionsrisiko ausgesetzt sind: Eine Untersuchung auf Rötelnantikörper			
wurde durchgeführt (Titer:)		wurde nicht durchgeführt, weil	

Zusatzbogen für die Begutachtung der Forstdiensttauglichkeit

Anamnese und Untersuchungsbefund der Augen:

(Ergeben sich aus der Anamnese oder den Untersuchungen auffällige oder unklare Befunde, ist eine augenfachärztliche Untersuchung mit dem Formblatt der Anlage 4 zu veranlassen)

A. Sehhilfe	nein	ja	Brille		Kontaktlinsen	
Stärke der Sehhilfe		rechts:	sph.	zyl.	links:	sph. zyl.
Früher beidseits gleich gut gesehen?			ja	nein		
Schielen:	nein	ja	Okklusionstherapie:		nein	ja
Erste Brille:	Lebensjahr					
Augen: Verletzungen, Operationen, Entzündungen:			nein	ja		
Augenerkrankungen (z. B. Glaukom, Netzhauterkrankungen):			nein	ja		
Augentropfentherapie			nein	ja, welche		
B. Sehschärfe/Visus (ggf. korrigiert):						
			Rechtes Auge		Linkes Auge	
Ferne						
Nähe						
C. Augenstellung und Beweglichkeit:						
Rechtes Auge/Linkes Auge: frei beweglich			ja	nein		
Doppelbilder			nein	ja		
D. Gesichtsfeld: Konfrontationsperimetrie (orientierende „Fingerperimetrie“):						
Grobe Gesichtsfeldaußengrenzen unauffällig:						
Rechtes Auge:			ja	nein		
Linkes Auge:			ja	nein		
E. Räumliches Sehen (Stereotest-Lang I oder II):						
Alle Objekte wurden erkannt:			ja	nein		
F. Dämmerungssehen (anamnestisch):						
Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Sehen nachts, z. B. beim Autofahren?			nein	ja		
G. Farbsehen (Prüfung mit geeignetem Test, z. B. pseudoisochromatischen Tafeln nach Ishihara oder Velhagen)						
Alle Farbtafeln wurden erkannt:			ja	nein		

Mindestanforderungen:

- Sehvermögen:
Die korrigierte Sehschärfe darf auf dem besseren Auge nicht weniger als 1,0 und auf dem anderen Auge nicht weniger als 0,8 betragen.
- Eine Beurteilung des Ergebnisses nach refraktionschirurgischen Eingriffen soll frühestens nach sechs Monaten erfolgen.
- Bei der ergänzenden augenfachärztlichen Untersuchung sind unter Berücksichtigung der Beschreibungen des Anforderungsprofils gemäß Anlage 1 der Bekanntmachung nicht zu korrigierende Augenfehler, Augenerkrankungen oder Schielen, die eine Forstdienst- oder Ausbildungsuntauglichkeit zur Folge haben, auszuschließen.
- Farbsehen: Bei auffälligen Befunden ist eine augenärztliche Untersuchung mit Bestimmung des Anomal-Quotienten erforderlich.
- Mit einer Verschlechterung des Gesichtsfeldes und der Sehleistung ist in absehbarer Zeit nicht zu rechnen.
- Intaktes Dämmerungssehvermögen
- Intaktes räumliches Sehen

20. Ergänzende Befunde
(mit Untersuchungsdatum und -stelle)

Diagnose:

kein wesentlich von der Norm abweichender Befund

abweichende Befunde, Diagnosen mit den Auswirkungen auf Belastbarkeit und Prognose:

Ort

Datum

Starnberg

Gesundheitsamt Starnberg

Ärztin/Arzt

Bei diesem Formular handelt es sich um die Anlage 2 zu Nr. 2.4 GesZVV.