



Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

Soweit in einzelnen Fragen kein anderer Zeitraum genannt ist, legen Sie bitte ausgehend von Ihrem aktuellen Gesundheitszustand die **letzten 10 Jahre** zugrunde.

Sollte eine Erkrankung weit vor 10 Jahren stattgefunden haben, deren Relevanz heute noch besteht, trotz Symptommfreiheit und uneingeschränkter Leistungsfähigkeit – z. B. in Form einer Dauermedikation oder anderer ärztlicher, therapeutischer, diagnostischer Maßnahmen – dann sollte diese hier Erwähnung finden.

Bitte beachten Sie

Wichtige Dokumente betreffs Erstdiagnose, aktueller Befunde oder aktueller Verläufe legen sie bitte bei, das gilt auch für Krankenhaus oder Kuraufenthalte.

Bitte geben Sie **auf jeden Fall Größe und Gewicht** an und setzen sie bei den darauffolgenden Fragen das Kreuz dort, wo für Sie Ihre größte Entsprechung besteht. Die Felder finden Sie zu Beginn des Fragebogens.

In dem Textfeld „Beschreibung“ legen Sie ggf. bitte insbesondere dar,

- welche gesundheitlichen Beschwerden oder Funktionsstörungen aufgrund welcher Krankheiten oder Verletzungen vorliegen,
- die Häufigkeit der Beschwerden oder Funktionsstörungen (einschließlich des Zeitpunkts des letztmaligen Auftretens),
- Art der Behandlung (Medikamente + Dosierung, ärztliche Behandlung),
- welche Medikamente dies sind (oder waren), in welchem Zeitraum und aus welchem Grund sie genommen wurden und von welchem Arzt (Fachrichtung) sie verordnet wurden,
- Dauerfolgen (soweit bekannt).

Für die Schweigepflichtentbindung bitte pro Arzt ein Extrablatt verwenden und die Fachrichtung neben der Adresse vermerken.

Sollte das Textfeld „Beschreibung“ nicht ausreichen, fügen Sie bitte eine Anlage bei.

Bei Fragen erreichen Sie die LaKÄB dienstags in der Zeit von 14:00 bis 16:00 Uhr sowie freitags in der Zeit von 13:00 bis 15:00 Uhr telefonisch unter 0385/ 44008831.

Titel, Vorname, Nachname, Geburtsname		Geburtsdatum
Anschrift		
E-Mail, Telefonnummer, Mobilnummer		

Finanzministerium M-V
Landeskoordinierungsstelle für
ärztliche Begutachtung

19048 Schwerin

Grundangaben

Größe:	cm	Gewicht:	kg
Appetit:		Schlaf	
gut <input type="checkbox"/>		regelmäßig <input type="checkbox"/> Std.	
weniger gut <input type="checkbox"/>		Ein- oder Druchschlafstörungen <input type="checkbox"/>	
schlecht <input type="checkbox"/>		Tagesmüdigkeit <input type="checkbox"/>	
phasenweise gut <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/>			
deutlich wechselhaft <input type="checkbox"/>			
Allergien/ Unverträglichkeiten		Alkohol	
Pflanzen <input type="checkbox"/> Seit wann:		Trinken	
Tiere <input type="checkbox"/> Behandlung:		Sie: seit wann:	
Lebensmittel <input type="checkbox"/> aktuell:		selten <input type="checkbox"/> zuletzt:	
Medikamente <input type="checkbox"/> vergangen:		oft <input type="checkbox"/>	
		regelmäßig <input type="checkbox"/>	
		was	
		wieviel pro Monat/Woche	
Nikotin		Drogen	
Rauchen Sie		Haben Sie schon einmal Drogen genommen?	
selten <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
oft <input type="checkbox"/>			
regelmäßig <input type="checkbox"/>		wann:	
Beginn:		wie lange:	
Wieviel:		was:	
		zuletzt:	
Stuhlgang		Wasserlassen	
unauffällig <input type="checkbox"/>		unauffällig <input type="checkbox"/>	
wechselhaft <input type="checkbox"/>		nachts <input type="checkbox"/>	
Beschwerden <input type="checkbox"/>		Beschwerden <input type="checkbox"/>	

Titel, Vorname, Nachname, Geburtsname	Geburtsdatum
---------------------------------------	--------------

Fragebogen

Sind oder waren Sie in Behandlung, Beratung oder Untersuchung bei

- Ärztinnen, Ärzten,
- Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten oder
- Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (Heilpraktikerinnen/ Heilpraktiker, Krankengymnastinnen/ Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten etc.)?

wegen:

		nein	ja
1.	des Kopfes oder des Gesichtes (z. B. Kopfschmerzen, Migräne, Schmerzen, Verletzungen oder Zahnerkrankungen ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		
2.	des Nervensystems (z. B. Anfallsleiden/Epilepsie, Parkinson, Multiple Sklerose, Lähmungen und Taubheitsgefühl unabhängig von der Lokalisation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		
3.	der Psyche (z. B. Angstzustände, Erschöpfungszustände, ärztlich festgestellte und/oder behandelte Belastungsreaktion, posttraumatische Belastungsstörung, chronische Müdigkeit, Burn-Out-Syndrom, Essstörung, Reizdarm, neurotische und/oder Verhaltensstörungen, psychosomatische Beschwerden, Persönlichkeitsstörung, Depression, Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS/ADHS), Psychose, Selbsttötungsversuche, selbstverletzendes Verhalten, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		
4.	der Augen (Sehstörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankungen, Fehlsichtigkeit, grauer oder grüner Star, Iritis, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		
5.	der Ohren, der Sinnesorgane oder des Gleichgewichtsorgans (z. B. Ohrengeräusche, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen, verminderter Geschmacks- oder Geruchssinn, Schwindel, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		

Titel, Vorname, Nachname, Geburtsname	Geburtsdatum
---------------------------------------	--------------

		nein	ja
6.	der Atmungsorgane (z. B. Neigung zu Erkältungskrankheiten, Bronchitis, Rachen- und Mandelentzündungen, länger anhaltende Heiserkeit, Lungenentzündung, Bronchialasthma, Heuschnupfen, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		
7.	des Herzens, des Kreislaufs oder der Blutgefäße (z. B. Bluthochdruck, Gefäßkrankung, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung, Thrombosen, Embolien, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		
8.	der Speiseröhre, des Magens, des Darmes (z. B. Entzündungen und Geschwüre, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		
9.	der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Galle, der Milz (z. B. erhöhte Leberwerte, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		
10.	der Nieren und Harnwege (z. B. Zysten, Neubildungen, Blut- und Eiweiß im Urin, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		
11.	der Geschlechtsorgane (z. B. Infektionskrankheiten, Prostataentzündung, Hoden Tumor, bösartige Veränderungen der Brust, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		
12.	des Stoffwechsels, der Schilddrüse (z. B. erhöhter Blutzucker, erhöhtes Cholesterin, erhöhte Blutfettwerte, Gicht, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		

Titel, Vorname, Nachname, Geburtsname	Geburtsdatum
---------------------------------------	--------------

13.	des Blutes, der blutbildenden Organe, des Immunsystems (z. B. Blutarmut, Eisenmangel, Blut- oder Lymphdrüsenkrebs, Immunmangel, HIV, Gerinnungsstörung, ...)? Beschreibung:	nein	ja
14.	der Haut oder Allergien (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Hausstaub-/Medikamenten-/Insektenallergie, Entfernung von Muttermalen, Heuschnupfen, allergisches Asthma, ...)? Beschreibung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	des Haltungs- und Bewegungsapparates, rheumatischer Erkrankungen (z. B. Verkrümmungen der Wirbelsäule, HWS-, BWS-, LWS-Syndrome, Rücken-/Nackenschmerzen, Ischias, Hexenschuss, Gelenkentzündungen, Bänder- oder Meniskusschäden, ...)? Beschreibung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	bösartiger Erkrankungen (z.B. der Organe, des Blutes, des Lymphknotens, der Schilddrüse, der Geschlechtsteile, ...) Beschreibung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente

		nein	ja
17.	Nehmen oder nahmen Sie innerhalb des letzten Jahres verschreibungspflichtige Medikamente ein? Dosierung und Zeitraum bitte angeben. Beschreibung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Schmerzmittel ein? Wenn ja, welche, wie oft, wie lange, mit und ohne ärztliche Verordnung? Beschreibung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Nehmen oder nahmen Sie Schlafmittel, Beruhigungsmittel oder andere Psychopharmaka ein? Wenn ja, welche, wie oft, wie lange, mit und ohne ärztliche Verordnung? Beschreibung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Titel, Vorname, Nachname, Geburtsname	Geburtsdatum
---------------------------------------	--------------

Betäubungsmittel/ Drogen

		nein	ja
20.	Wurden Sie in einem Zeitraum wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmittel oder Drogen beraten oder behandelt? (Zeitraum/Zeitdauer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		

Sonstiges

		nein	ja
21.	Bestehen oder bestanden jemals Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Antragstellung/Anerkennung einer Behinderung (GdB/MdE), einer Wehrdienstbeschädigung oder einer Entschädigung aus dem Sozialen Entschädigungsrecht? Falls ja, bitte Kopie des Bescheides beifügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	GdB/MdE:		
22.	Beziehen oder bezogen Sie jemals Rente aus gesundheitlichen Gründen, wegen eines Unfalls oder ist eine solche beantragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gründe:		
23.	Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 10 Arbeitstage ununterbrochen krank? (Wann?, zuletzt?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		
24.	Wurden bei Ihnen Röntgenbilder, Computertomographien, Kernspintomographien angefertigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung (Wann? Welche? Aus welchem Grund? Von welchem Arzt? (Fachrichtung) veranlasst):		
25.	Waren Sie in einem Krankenhaus, (Entbindungsstation, operative Fachklinik) in einer Rehabilitationsmaßnahme (Reha-Klinik, ambulante Rehabilitation, Kurklinik o. ä.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung (Einrichtung, Zeitpunkt, Art der Behandlung, Dauerfolgen (soweit bekannt):		
26.	Aufführung sämtlicher Operationen, sofern noch nicht erfolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung (Lokalisation, Krankenhaus oder Facharzt, Ort, Fachrichtung, Datum):		

Titel, Vorname, Nachname, Geburtsname	Geburtsdatum
---------------------------------------	--------------

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben. Mir ist bewusst, dass falsche oder unvollständige Angaben als arglistige Täuschung gewertet werden, die in der Regel zur Rücknahme der beamtenrechtlichen Ernennung führen (§12 Beamtenstatusgesetz i.V.m. § 11 Landesbeamtengesetz M-V).

(Datum, Unterschrift)

Bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift(en) der/ des Erziehungsberechtigten:

(Datum, Unterschrift/en)

Anhang: Vordruck „Entbindung von der Schweigepflicht“

Finanzministerium M-V
Landeskoordinierungsstelle für
ärztliche Begutachtung

19048 Schwerin

Erklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Titel, Vorname, Nachname, Geburtsname, Geburtsdatum

Anschrift

E-Mail, Telefonnummer, Mobilnummer

entbinde hiermit die Ärztin/ den Arzt

Dr. Vorname Name

Anschrift

Fachrichtung

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass meine sämtlichen medizinischen Unterlagen und Daten auf Anforderung dem Finanzministerium M-V, Landeskoordinierungsstelle für ärztliche Begutachtung in 19048 Schwerin, übermittelt werden, um diese im Rahmen des Bewerbungsverfahrens für die Berufung in ein Beamtenverhältnis des Landes Mecklenburg-Vorpommern in die Prüfung der gesundheitlichen Eignung einzubeziehen.

Ort, Datum

Unterschrift der Ausstellerin/ des Ausstellers

Bei Minderjährigen zusätzlich:
Unterschrift der/ des Erziehungsberechtigten