



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.

Bitte geben Sie **auf jeden Fall Größe und Gewicht** an; 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, ärztliche Behandlung),
- bei den Fragen zu „Medikamenten“ welche dies sind (oder waren), in welchem Zeitraum und aus welchem Grund sie genommen wurden und von welchem Arzt (Fachrichtung) sie verordnet wurden,
- bei den Fragen zu „Betäubungsmitteln/ Drogen“ welche dies sind (oder waren), in welchem Zeitraum und wie lange sie insgesamt genommen wurden,
- Dauerfolgen (soweit bekannt).

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

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

Finanzministerium M-V
Landeskoordinierungsstelle für
ärztliche Begutachtung

19048 Schwerin

Fragebogen

Größe:	cm	Gewicht:	kg
--------	----	----------	----

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, Taubheitsgefühle, Schmerzen, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		
2.	des Nervensystems (z. B. Anfallsleiden/Epilepsie, Parkinson, Multiple Sklerose, Lähmungen, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		

Vorname, Name, Geburtsdatum:

		nein	ja
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:		
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, Gefäßerkrankung, 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:		

Vorname, Name, Geburtsdatum:

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

Vorname, Name, Geburtsdatum:

Medikamente

		nein	ja
17.	Nehmen oder nahmen Sie innerhalb des letzten Jahres verschreibungspflichtige Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		
18.	Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Schmerzmittel ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		
19.	Nehmen oder nahmen Sie Schlafmittel, Beruhigungsmittel oder andere Psychopharmaka ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung:		

Betäubungsmittel/ Drogen

		nein	ja
20.	Nehmen oder nahmen Sie Betäubungsmittel/Drogen ein oder wurden sie in diesem Zeitraum wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmitteln oder Drogen beraten oder behandelt?	<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:		

Vorname, Name, Geburtsdatum:

		nein	ja
23.	Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 10 Arbeitstage ununterbrochen krank?	<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, in einer Rehabilitationsmaßnahme (Reha-Klinik, ambulante Rehabilitation, Kurklinik o. ä.)? Falls ja, bitte Kopie der Abschlussberichte beifügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beschreibung (Einrichtung, Zeitpunkt, Art der Behandlung, Dauerfolgen (soweit bekannt):		

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 Landesbeamten-gesetz 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

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