

Beurteilungsgrundlage (bleibt im ärztlichen Dienst)

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ oder ausfüllen

Name, Geburtsname, Vorname		
geboren am	in	Beruf
wohnhaft in (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:

- | |
|---|
| ☐ hoher Blutdruck |
| ☐ Allergien, Heuschnupfen, Asthma |
| ☐ chronische Lungenerkrankungen |
| ☐ Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) |
| ☐ chronische Infektionserkrankungen
(z. B. Tuberkulose, Hepatitis B/C, HIV-Infektion/
AIDS-Erkrankung) |
| ☐ Mandelentzündungen, Scharlach |
| ☐ Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche |
| ☐ rheumatische Krankheiten |
| ☐ Krebs |
| ☐ Sonstige: |
| ☐ keine ernsten Krankheiten oder Behinderungen |

Krankheiten folgender Organe:

- | | |
|--|---|
| ☐ Blutgefäße | ☐ Nervensystem, Gehirn |
| ☐ Bronchien/Lunge | ☐ Augen |
| ☐ Gallenblase | ☐ Ohren und Gleichgewichtssinn |
| ☐ Harnblase | ☐ Schilddrüse |
| ☐ Haut | ☐ Sonstiges: |
| ☐ Herz | |
| ☐ Leber | |
| ☐ Magen und Darm | |
| ☐ Nieren | |
| ☐ Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke und Wirbelsäule) | |

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?

Stärke der Sehhilfe: rechts: sph.....zyl.....

☐ nein ☐ ja ☐ Brille ☐ Kontaktlinsen 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.**

Für Ergänzungen bitte ein Zusatzblatt anlegen!

.....
(Ort, Datum)

.....
Unterschrift

Puls:/min Blutdruck: rechter Arm: RR/..... mmHg linker Arm: RR/..... mmHg

Falls erforderlich Belastung, Art der Belastung.....

Ohne Besonderheiten

- | | | |
|---|--------------------------|---------|
| 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- u. Geschlechtsorgane
(Nierenlager) | ☐ | o. B. |
| 13. Bewegungsapparat
(Zustand und Funktion von
Gliedermaßen 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 Tätigkeits-
anforderungen notwendig) | ☐ | o. B. |

Von der Norm abweichende Befunde (mit Bezugsnummer)

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

.....
Gesundheitsamt: Ärztin/Arzt: