

Bitte das Original zurücksenden!

Landespolizei
Mecklenburg-Vorpommern
Ärztlicher Dienst

Eingang:

Ärztliches Gutachten

Zur Beurteilung der Polizeidiensttauglichkeit

ÜBER

Name, Vorname

Straße

Postleitzahl Wohnort

Geburtsdatum

Geburtsort

erlernter Beruf

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

Ich bin bereit, dem untersuchenden Arzt alle Umstände zu offenbaren, die für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes bedeutsam sein können. Ich nehme zur Kenntnis, dass das Verschweigen bestehender Beschwerden und früherer Krankheiten die Entlassung aus dem Polizeidienst nach sich ziehen kann. Ich bin damit einverstanden, dass für die Beurteilung benötigte ärztliche Befunde und Unterlagen beschafft und dem Polizeiarzt zur Verfügung gestellt werden. Weiter bin ich damit einverstanden, dass die für die dienstrechtliche Entscheidung zuständige Behörde ein Gesundheitszeugnis erhält und dass die Untersuchungsbefunde innerhalb des ärztlichen Dienstes weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname)

bei Minderjährigen – Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

- vertrauliche Arztsache -

1. Vorgeschichte

(vom Bewerber selbst auszufüllen)

Jede Frage ist einzeln zu beantworten, keine zu übergehen oder mit Strichen abzutun. Bei Platzmangel Ergänzungen auf besonderem Blatt beifügen.

1.1	Sind bei den Eltern, Geschwistern oder nahen Verwandten Tuberkulose, Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck, Nerven- oder Gemütskrankheiten vorgekommen? Welche? Bei wem?	
1.2	Leiden oder litten Sie an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden: In den folgenden Spalten ist anzugeben Welche?, Wann?, Behandelnder Arzt mit Anschrift	
1.2.1	des Herzens oder der Kreislauforgane, z.B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Herzschmerzen, erhöhtem oder zu niedrigem Blutdruck, Venenentzündungen, Embolie?	
1.2.2	der Atmungsorgane, z.B. Tuberkulose, Rippen-, Brustfellentzündung, wiederholter oder länger anhaltender Bronchitis, Heuschnupfen oder andere Allergien, Asthma, Stirn- oder Kieferhöhlenvereiterung?	
1.2.3	der Verdauungsorgane, z.B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leber- oder Gallenblasenleiden, Gelbsucht, Stuhlverstopfung?	
1.2.4	der Harn- und Geschlechtsorgane, z.B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, erschwertem oder blutigem Harmlassen, Eiweißausscheidung, Hoden- oder Eierstockerkrankung?	
1.2.5	des Gehirn- oder Rückenmarks, an Gemüts- oder Geistesstörungen, z.B. Epilepsie, Krämpfen, Ohnmachten, Lähmungen, Schwindel, häufigen Kopfschmerzen, Sprachstörungen	
1.2.6	der Augen, z.B. Herabsetzung der Sehleistung (wenn Brillen- oder Kontaktlinsenträger, Stärke der Gläser angeben), Farbschwäche, häufigen Bindehautentzündungen?	
1.2.7	der Ohren, z.B. Mittelohrentzündung, Ohrenfluss, Schwerhörigkeit? Haben Sie Arbeit unter starker Lärmeinwirkung verrichtet?	

1.2.8	der Haut, z.B. Ausschlag oder Flechte, Nesselfieber, Milchschorf, andere allergische Hauterscheinungen?	
1.2.9	der Wirbelsäule, Knochen und Gelenke, z.B. Nacken- oder Rückenschmerzen, Hexenschuss, Ischias, Knochenbrüche und Sportverletzungen? Wurde Ihnen orthopädisches Turnen verordnet?	
1.2.10	der Drüsen, auch Hals- und Hilus, Milz, des Blutes?	
1.2.11	an Stoffwechselkrankheiten, z.B. Zuckerkrankheit, Funktionsstörungen der Schilddrüse, Gicht?	
1.2.12	an Geschwülsten?	
1.2.13	an Gelenkrheumatismus mit oder ohne Herzbeteiligung?	
1.2.14	an ansteckenden Krankheiten, z.B. Tuberkulose, Kinderlähmung, Diphtherie, Scharlach, Gelbsucht, Geschlechtskrankheiten, Typhus, Ruhr?	
1.2.15	an sonstigen Krankheiten, z.B. körperlichen Fehlern oder Beschwerden nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist? Bei Frauen auch gynäkologische Erkrankungen.	
1.2.16	Haben Sie eine gesundheitsbelastende Tätigkeit ausgeführt, die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen erfordert? Welche?	
1.3	Nahmen oder nehmen Sie regelmäßig Drogen oder Medikamente? Welche?	
1.4	Sind sie mit Medikamenten behandelt worden, die Herz, Kreislauf, Blutdruck oder Stoffwechselfvorgänge beeinflussen? Welche?	
1.5	Haben Sie Unfälle (Gehirnerschütterung, Schädelbruch, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Welche? Wann?)	
1.6	Bezogen, beziehen oder beantragen Sie eine Rente?	
1.7	Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?	
1.7.1	Stehen oder standen Sie in nervenärztlicher/psychotherapeutischer Behandlung oder in psychologischer Beratung oder ist eine entsprechende Beratung/Behandlung vorgesehen?	
1.8	Sind Sie operiert worden? Ist eine Operation vorgesehen? Weswegen? Wann?	
1.8.1	Wurden bei Ihnen besondere medizinisch-technische Untersuchungen durchgeführt? (RÖ.,CT, Sono, Endoskopie, Nuclearmedizin oder andere bildgebende Verfahren?)	
1.8.2	Wurden Sie mit Röntgen- oder sonstigen Strahlen behandelt ? Weswegen? Wann?	
1.9	Sind Sie in einem Krankenhaus, einer Heilstätte, Sanatorium, Kuranstalt, Lungenfürsorgeanstalt oder Versorgungsamt untersucht oder behandelt worden? Weswegen? Wann? Wo?	
1.10	Durch welche Ärzte, außer den bereits angegebenen, sind Sie in den letzten 5 Jahren behandelt worden? Namen und Anschriften angeben!	
1.11	Sind Sie bereits bei der Polizei, beim BGS, bei der Bundeswehr oder einer sonstigen Behörde ärztlich untersucht worden? Wann? Wo? Ergebnis bzw. Tauglichkeitsgrad?	
1.12	Wogegen wurden Sie bisher geimpft?	
1.13	Treiben Sie Sport (Leistungssport)? Welche Sportarten?	
1.14	Rauch- und Trinkgewohnheiten mit Mengenangabe	
1.15	Körpermaße: Größe: cm	Gewicht: kg

Hausarztbefund

über Dauer und Art von Erkrankungen in den letzten fünf Jahren

Für die zur Vorlage bei dem Ärztlichen Dienst der Landespolizei Mecklenburg-Vorpommern bestimmte nachfolgende Bescheinigung entbinde ich hiermit den unterzeichnenden Arzt von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Bitte die zweite Seite beachten.

Bescheinigung

über Dauer und Art von Erkrankungen in den letzten fünf Jahren

Frau/Herr

geboren am

wohnhaft in

ist/war vom/bis

bei mir in ärztlicher Betreuung.

In den letzten fünf Jahren bzw. in dieser Zeit war sie/er wie folgt erkrankt:

vom

bis

Art der Erkrankung

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

Ort/Datum

Stempel

Unterschrift Arzt

Anmerkungen:

Berberber/-innen für den Polizeivollzugsdienst des Landes Mecklenburg-Vorpommern haben gemäß den Einstellungsrichtlinien eine **Bescheinigung über Dauer und Art aller Erkrankungen in den letzten fünf Jahren durch den Hausarzt** einzureichen.

Zur Bezeichnung der Erkrankungen reichen Kennziffern, Verschlüsselungen oder sonstige, für einen Arzt nicht verständliche Abkürzungen **nicht** aus.

Falls der/die Bewerber/-in während der letzten fünf Jahre bei mehreren Ärzten in Behandlung war, ist es erforderlich, dass **alle** Ärzte Bescheinigungen nach dem umstehenden Muster ausfüllen, so dass die Bescheinigung den Zeitraum der letzten fünf Jahre **lückenlos** erfassen.

Existierende Befunde, insbesondere von Gebietsärzten, Krankenhäusern pp. sollten als Entscheidungshilfe für den Polizeiarzt beigefügt werden.

Eventuell entstehende Kosten gehen zu Lasten der Bewerberin/des Bewerbers.

Ohne ausgefüllte Bescheinigung kann der Bewerbungsvorgang nicht bearbeitet werden.

Nur für Brillen- / Kontaktlinsenträger!

Augenfachärztlicher Befundbericht

für Frau / Herrn

.....

1. Sehleistung für die Ferne (ohne Korrektur)

Rechts:

Links:

2. Sehschärfe für die Ferne (mit Korrektur)

Rechts: mit sphär. Dioptr., zyl. Dioptr., Achse

Links: mit sphär. Dioptr., zyl. Dioptr., Achse

3. Farbensinn

geprüft nach Ishihara und Velhagen:

Ergebnis (Zutreffendes bitte ankreuzen)

farbentüchtig Fehlerzahl:

farbenuntüchtig Diagnose:

4. Stereoskopisches Sehen (ohne Korrektur)

..... Winkelsekunden

nicht vorhanden

5. Dämmerungssehvermögen

(Ergebnis / Methode)

6. Blendempfindlichkeit

(Ergebnis / Methode)

7. Sonstige Befunde

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift / Arztstempel

Unbedenklichkeitsbescheinigung

für die Teilnahme am Sportleistungstest zur Vorlage beim Hausarzt bzw.
einem Allgemeinmediziner.

Diese Untersuchung hat **frühestens 1 Woche vor der Teilnahme** am
Sportleistungstest zu erfolgen! Kosten gehen zu Lasten des Bewerbers/ der
Bewerberin.

Aus heutiger ärztlicher Sicht bestehen für die Teilnahme des Herrn / der Frau

Name, Vorname

Geburtsdatum

Registriernummer

am Sportleistungstest:

keine Bedenken

Bedenken.

Begründung für eine empfohlene Nichtteilnahme am Sportleistungstest:

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes/der Ärztin

Hinweise für den Arzt:

Bei der Bewältigung des ca. 350 m langen Hindernisparcours werden
Schnellkraft, Ausdauer und Geschicklichkeit auf Zeit überprüft. Durch das
Überwinden von Hindernissen und Temposteigerungen findet eine
intervallmäßige Belastung statt. Eine gute körperliche Fitness ist daher
unbedingt Voraussetzung um diesen Sportleistungstest ohne
gesundheitliches Risiko zu überstehen. Die Gesamtbelastung entspricht der
Anstrengung eine 800 m-Laufes auf Zeit.

Hinweise für den Bewerber/die Bewerberin:

Diese Bescheinigung ist, vom Arzt ausgefüllt, zum Tag der Teilnahme am
Sportleistungstest mitzubringen. Bei Nichtvorlage erfolgt der Ausschluss von
der Auswahlprüfung.