

Ärztliches Gutachten

Zur Beurteilung der Polizeidiensttauglichkeit

Landespolizei
Mecklenburg-Vorpommern
Ärztlicher Dienst

Eingang:

ÜBER

Name, Vorname

Straße

Postleitzahl Wohnort

Geburtsdatum

Geburtsort

Ich bin bereit, der untersuchenden Ärztin/dem untersuchenden Arzt alle Umstände zu offenbaren, die für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes bedeutsam sein können. Ich nehme zur Kenntnis, dass das Verschweigen früherer oder bestehender Krankheiten, Störungen oder Beschwerden die Entlassung aus dem Polizeivollzugsdienst nach sich ziehen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass das anlässlich meiner Einstellung in den Polizeivollzugsdienst erstellte ärztliche Gutachten zur Beurteilung der Polizeidiensttauglichkeit mit allen Anlagen integraler Bestandteil der beim Ärztlichen Dienst der Polizei geführten Unterlagen ist und bei dienstrechtlichen Entscheidungen mit herangezogen werden kann.

Ich bin bereit, die für die Beurteilung benötigten ärztlichen Unterlagen, Befunde und Bescheinigungen zu beschaffen und der Ärztin/dem Arzt zur Verfügung zu stellen. Ich bin darüber informiert, dass der Einstellungsbehörde die ärztliche Beurteilung „gesundheitlich geeignet“ oder „gesundheitlich nicht geeignet“ mitgeteilt wird.

Im Falle der gesundheitlichen Nichteignung willige ich ein, dass der Einstellungsbehörde die zur Entscheidung führenden Gründe mitgeteilt werden. Insoweit entbinde ich die untersuchende Ärztin/den untersuchenden Arzt von ihrer/seiner Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname)

bei Minderjährigen – Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

- vertrauliche Arztsache -

1. Vorgeschichte (von den Bewerbenden 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 anderen nahen Verwandten Tuberkulose, Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck, Nerven- oder Gemütskrankheiten, Selbsttötung 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, Herzschmerzen, Atemnot bei Anstrengungen, erhöhtem oder niedrigem Blutdruck, Venenentzündungen, Embolie?	
1.2.2	der Atmungsorgane, z.B. Tuberkulose, Rippen-(Brust-)fell-entzündung, wiederholter oder länger anhaltender Bronchitis, Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien, Stirn- oder Kieferhöhlenvereiterung?	
1.2.3	der Verdauungsorgane, z.B. Magenschleimhautentzündungen, 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 Harnlassen, Eiweißausscheidung, Hodenentzündungen oder Eierstockentzündungen?	
1.2.5	des Gehirn- oder Rückenmarks, an Gemüts- oder Geistesstörungen, z.B. Depressionen, Epilepsie, Krämpfen, Schwindel, Bettnässen, Ohnmachten, Lähmungen, häufigen oder anfallsartigen Kopfschmerzen, Sprachstörungen?	
1.2.6	der Augen, z.B. Herabsetzung der Sehleistung (wenn Brillen- oder Kontaktlinienträger, Stärke der Gläser angeben), Korrekturlinsen, Laseroperation, 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, Sportverletzungen? Wurde Ihnen Physiotherapie verordnet?	
1.2.10	der Lymphknoten, der 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, Typhus, Ruhr, Geschlechtskrankheiten?	
1.2.15	an sonstigen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?	
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, Psyche oder Stoffwechselfvorgänge beeinflussen? Welche?	
1.5	Haben Sie durch einen Unfall Verletzungen (z.B. Gehirnerschütterung, Schädelbruch) erlitten? Haben Sie Vergiftungen erlitten? Welche, wann?	
1.6	Stehen oder standen Sie in nervenärztlicher/psychotherapeutischer Behandlung oder ist eine entsprechende Behandlung vorgesehen?	
1.7	Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?	
1.8	Sind Sie operiert worden? Ist eine Operation vorgesehen? Weswegen? Wann?	
1.8.1	Wurden bei Ihnen besondere medizinisch-technische Untersuchungen durchgeführt? (Röntgen, Ultraschall, Endoskopie oder andere bildgebende Verfahren?)	
1.8.2	Wurden Sie mit Röntgenstrahlen oder sonstigen Strahlen behandelt? Weswegen? Wann?	
1.9	Sind Sie in einem Krankenhaus, einer anderen stationären Gesundheitseinrichtung oder einem Gesundheits- oder Versorgungsamt untersucht oder behandelt worden? Weswegen? Wann? Wo?	
1.10	Sind Sie durch Ärztinnen/Ärzte außer den bereits angegebenen, in den letzten 5 Jahren untersucht oder behandelt worden? Falls ja, weswegen?	
1.11	Bezogen, beziehen oder beantragen Sie eine Rente, aufgrund gesundheitlicher Schäden oder verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit?	
1.12	Sind Sie bereits bei der Polizei oder Bundespolizei (ehemals BGS), bei der Bundeswehr oder bei einer sonstigen Behörde ärztlich untersucht worden? Wann, wo? Ergebnis bzw. Tauglichkeitsgrad?	
1.13	Wogegen wurden Sie bisher geimpft?	
1.14	Treiben Sie Sport (Leistungssport)? Welche Sportarten pflegen Sie?	
1.15	Rauch- und Trinkgewohnheiten mit Mengenangabe	
1.16	Körpermaße: Größe: cm Gewicht: kg	