

## **Gesundheitsfragebogen**

**für Einstellungen nach dem Tarifrecht  
oder  
für Einstellungen nach dem Beamtenrecht bzw. für die  
Übernahme in ein Beamtenverhältnis**

**Das Gesundheitsamt Bremen** führt amtsärztliche Untersuchungen auf Grundlage rechtlicher Bestimmungen und Vereinbarungen durch. Hierfür ist es erforderlich, dass Sie den nachfolgenden Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen vollständig und umfassend beantworten und diesen, ggf. mit Anlagen, **innerhalb der nächsten zwei Wochen** dem **Gesundheitsamt Bremen** zukommen lassen.

Die Übermittlung kann entweder per E-Mail an [amtsaerzte@gesundheitsamt.bremen.de](mailto:amtsaerzte@gesundheitsamt.bremen.de) oder postalisch an das:

**Gesundheitsamt Bremen**  
**Amtsärztlicher Dienst**  
**Horner Str. 60-70**  
**28203 Bremen**  
erfolgen.

Ihre Angaben müssen wahr und vollständig sein. Verwaltungsentscheidungen, die aufgrund falscher oder unvollständiger Angaben getroffen werden, können zurückgenommen und Schadensersatzansprüche geltend gemacht werden.

**Die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben ist durch Unterschrift zu bestätigen.**

Sofern Sie in den jeweils angegebenen Zeiträumen in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung waren oder es noch sind, legen Sie bitte dem Gesundheitsamt Bremen, ergänzend zum ausgefüllten Fragebogen, entsprechende aussagefähige Unterlagen (z.B. Arzt- bzw. Therapieberichte, Krankenhaus- oder Rehberichte, Labor-, Röntgen-/CT-/MRT-Befunde) vor. Gegebenenfalls von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten bzw. Therapeutinnen/Therapeuten für die Berichterstellung erhobene Gebühren sind von Ihnen zu tragen. Das Gesundheitsamt Bremen wertet Ihre Antworten und vorgelegten Unterlagen zur Überprüfung der gesundheitlichen Eignung aus und plant den weiteren Ablauf des Begutachtungsverfahrens.

Ist eine persönliche Untersuchung notwendig, erhalten Sie eine Einladung hierzu. Angehende Feuerwehrbeamte und -beamtinnen erhalten nach Eingang der arbeitsmedizinischen Unterlagen einen Untersuchungstermin.

Seite 1 von 11

Die abschließende amtsärztliche Stellungnahme wird vom Gesundheitsamt Bremen direkt an die beauftragende Personalstelle gesandt.

(Art. 6 Abs. 1 lit. c, 9 Abs. 2 lit. h DSGVO, § 3 Abs. 1 Nr. 1, 2 BremDSGVOAG i. V. m. § 23 Abs. 4 ÖGDG i. V. m. §§ 10 Abs. 8, 44 des Bremischen Beamten gesetzes (Beamte) bzw. der Vereinbarung der Dienststelle und Ihnen (TV-L/TVöD))

Der Amtsärztliche Dienst übermittelt der Bewerberin/dem Bewerber eine Kopie der amtsärztlichen Stellungnahme.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt gemäß § 12 des Bremischen Ausführungsgesetzes zur DSGVO i.V.m. § 85 Abs. 2, § 89 Abs. 1 Bremisches Beamten gesetz (analog) ausschließlich zu Zwecken des Bewerbungsverfahrens.



Weitere Informationen zum Datenschutz gemäß Art.13 DSGVO und rechtlichen Grundlagen sind auf unserer Website verfügbar unter:  
[www.gesundheitsamt.bremen.de/datenschutz](http://www.gesundheitsamt.bremen.de/datenschutz)

## **Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens**

Soweit bei einzelnen Fragen kein anderer Zeitraum genannt ist, legen Sie bitte die letzten **10 Jahre** zugrunde.

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

- Krankheiten oder Verletzungen sowie die damit in Verbindung stehenden gesundheitlichen Beschwerden und Funktionsstörungen
- Häufigkeit der Beschwerden oder Funktionsstörungen sowie der Zeitpunkt des letztmpaligen Auftretens
- Art der Behandlung (Medikamente, ärztliche und therapeutische Behandlung)
- Bei den Fragen zu „Medikamenten“, welche diese sind (oder waren), in welchem Zeitraum und aus welchem Grund sie genommen und von welchem Arzt (Fachrichtung) sie verordnet wurden
- Bei den Fragen zu „Betäubungsmitteln/Drogen“, welche diese sind (oder waren), in welchem Zeitraum und wie lange sie eingenommen wurden

### **WICHTIG:**

Bitte legen Sie vorhandene Befundberichte (z.B. ärztliche bzw. psychotherapeutische Berichte, Krankenhaus- oder Reaberichte, Laborergebnisse, Röntgen- / CT- / MRT-Befunde) bei.

## **Fragebogen**

### **Persönliche Angaben**

---

Name, Vorname

---

Geburtsname

---

Geburtsort und -datum

---

Anschrift

---

E-Mail

---

(Mobil-) Telefonnummer

### **Medizinische Angaben**

---

Größe (in cm)

---

Gewicht (in kg)

### **Sind oder waren Sie in den vergangen 10 Jahren in Behandlung, Beratung oder Untersuchung bei**

- Ärztinnen/ Ärzten oder
- Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten?

<b>Ärztin / Arzt Therapeutin / Therapeut</b>	<b>Fachrichtung</b>	<b>Zeitraum</b>

**Sind bzw. waren Sie in den vergangenen 10 Jahren in Behandlung, Beratung oder Untersuchung oder haben Sie Beschwerden bzw. Einschränkungen in folgenden Bereichen:**

1. Kopf, Gesicht (z. B. Kopfschmerzen, Migräne, Taubheitsgefühle, Schwindel, Schmerzen usw.)?

*nein*                    *ja*

**Beschreibung:**

2. Nervensystem/Neuroimmunologie (z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, Gefühlsstörungen, Schmerzerkrankung, ME/CFS, Post-COVID usw.)?

*nein*                    *ja*

**Beschreibung:**

3. Psyche (z. B. Depression, Angstzustände, Erschöpfungszustände, ärztlich festgestellte und/oder behandelte Belastungsreaktionen, posttraumatische Belastungsstörung, chronische Müdigkeit/Erschöpfung, Burn-out-Symptomatik, Essstörung, psychosomatische Beschwerden, Persönlichkeitsstörung, Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS/ADHS), Autismus-Spektrum-Störung, Psychose, Selbsttötungsversuche, selbstverletzendes Verhalten, anhaltende Schlafstörungen usw.)?

*nein*                    *ja*

**Beschreibung:**

4. Augen (Sehstörung, Hornhaut- /Netzhauterkrankungen, Fehlsichtigkeit, grauer oder grüner Star, Iritis usw.)?

*nein*                    *ja*

**Beschreibung:**

**Sehhilfe:** \_\_\_\_\_

**Dioptrien:** \_\_\_\_\_ **rechts** \_\_\_\_\_ **links** \_\_\_\_\_

Wenn Ihr Dioptrienwert gleich oder höher +/- 5 ist, bitte augenärztlichen Befundbericht (nicht älter als sechs Monate) beilegen.

5. Ohren, Sinnes- oder Gleichgewichtsorgan (z.B. Ohrgeräusche, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen, verminderter Geschmacks- oder Geruchssinn, Schwindel usw.)?

*nein*                    *ja*

**Beschreibung:**

**Hörgerät:** \_\_\_\_\_

6. Atmungsorgane (z. B. Neigung zu Erkältungskrankheiten, Bronchitis, Rachen- und Mandelentzündungen, länger anhaltende Heiserkeit, Lungenentzündung, Bronchialasthma/allergisches Asthma, Schlafapnoe usw.)?

*nein*                    *ja*

**Beschreibung:**

7. Herz, Kreislauf, Blutgefäße (z. B. Bluthochdruck, Gefäßerkrankung, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Herzschwäche, Herzmuskelentzündung, Thrombosen, Embolien usw.)?

*nein*                    *ja*

**Beschreibung:**

8. Speiseröhre, Magen, Darm (z. B. Entzündungen, Geschwüre usw.)?

*nein*                    *ja*

**Beschreibung:**

9. Leber, Bauchspeicheldrüse, Galle, Milz (z. B. erhöhte Laborwerte usw.)?

*nein*      *ja*

**Beschreibung:**

10. Nieren, Harnwege (z. B. Zysten, Steine, Infekte, Blut/Eiweiß im Urin usw.)?

*nein*      *ja*

**Beschreibung:**

11. Geschlechtsorgane (z. B. Infektionen, Entzündungen, Endometriose usw.)?

*nein*      *ja*

**Beschreibung:**

12. Blut, blutbildende Organe, Immunsystem (z. B. Blutarmut, Eisenmangel, Immunschwäche, Gerinnungsstörung usw.)?

*nein*      *ja*

**Beschreibung:**

13. Haut, Allergien (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Entfernung von Muttermalen, Hausstaub-/Medikamenten-/Insektenallergie, Heuschnupfen usw.)?

*nein*      *ja*

**Beschreibung:**

14. Haltungs- und Bewegungsapparat (z.B. Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Knochen etc. einschließlich rheumatischer Erkrankungen, Schmerzerkrankungen, Entzündungen, Verletzungen/ Unfälle, Verschleißerkrankungen, Osteoporose, Stoffwechselerkrankungen usw.)?

*nein*                    *ja*

**Beschreibung:**

15. Bösartige Erkrankungen

*nein*                    *ja*

**Beschreibung:**

16. Sonstige Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen

*nein*                    *ja*

**Beschreibung:**

### **Angaben zu Medikamenten und Betäubungsmitteln/Drogen**

1. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 2 Jahre verschreibungspflichtige Medikamente ein?

*nein*                    *ja*

**Beschreibung:**

2. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 2 Jahre regelmäßig Schmerzmittel ein?

*nein*                    *ja*

**Beschreibung:**

3. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre Schlafmittel, Beruhigungsmittel oder andere Psychopharmaka ein?

*nein*                    *ja*

**Beschreibung:**

4. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 10 Jahre Betäubungsmittel/Drogen ein oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen der Folgen des Konsums von Alkohol, Betäubungsmitteln oder Drogen beraten oder behandelt?

*nein*                    *ja*

**Beschreibung:**

## Sonstiges

1. Bestehen oder bestanden jemals Gesundheitsstörungen, die Anlass zur Antragsstellung/Anerkennung einer Behinderung, einer Wehrdienstbeschädigung oder einer Entschädigung aus dem Sozialen Entschädigungsrecht waren? Falls ja, bitte Kopie des Bescheides beifügen.

*nein*

*ja*

## GdB/GdS:

2. Beziehen oder bezogen Sie jemals Rente aus gesundheitlichen Gründen (z.B. Erwerbsminderungsrente) oder ist eine solche beantragt?

*nein*

*ja*

## Gründe:

3. Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 10 Arbeitstage ununterbrochen krank? Wenn ja, bitte Zeitraum und zugrunde liegende Erkrankung angeben.

*nein*

*ja*

## Beschreibung:

4. Wurden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Röntgenbilder, Computertomographien, Kernspintomographien angefertigt? Wenn ja, bitte vorhandene Befundberichte beifügen.

*nein*

*ja*

(Wenn ja: Welche, aus welchem Grund, von welchem Facharzt bzw. welcher Fachärztin veranlasst?)

## Beschreibung:

5. Waren Sie in den letzten 10 Jahren zu einer Behandlung in einem Krankenhaus, einer Tagesklinik, einer Rehabilitationsmaßnahme (Rehaklinik, ambulante Rehabilitation, Kurklinik o. ä.)? Wenn ja, bitte Abschlussbericht beifügen.

## Beschreibung:

(Einrichtung, Zeitpunkt, Art der Behandlung, Dauerfolgen soweit bekannt)

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben.

Datum Unterschrift

Ich bestätige, zur Kenntnis genommen zu haben, dass der Amtsärztliche Dienst verpflichtet ist, das Ergebnis der gesundheitlichen Überprüfung/Untersuchung und das die tragenden medizinischen Feststellungen und Gründe enthaltende Gutachten gemäß § 23 Abs. 4 ÖGDG an den Auftraggeber (die beauftragende Dienststelle) zu übermitteln. Dieses erfolgt in einem verschlossenen Umschlag.

Datum Unterschrift