

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 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 Rehaberichte, 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.

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 Beamtengesetzes (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 Beamtengesetz (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

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 letzten 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 Rehaberichte, 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 vergangenen 10 Jahren in Behandlung, Beratung oder Untersuchung bei

- Ärztinnen/ Ärzten oder
- Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten?

Ärztin / Arzt Therapeutin / Therapeut	Fachrichtung	Zeitraum

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