

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 Stoffwechselforgänge 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