



**Anamnesebogen**

**Anlage 2**  
zu Nr. 2.4 GesZVV

**Beurteilungsgrundlage** (bleibt im ärztlichen Dienst)

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

|                                                 |                   |                                                                             |
|-------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Name, Vorname, ggf. Geburtsname                 |                   |                                                                             |
| geboren am                                      | in                | Beruf                                                                       |
| wohnhafte in (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) |                   |                                                                             |
| Telefonnummer                                   | Mobilnummer       | E-Mail-Adresse                                                              |
| <input type="checkbox"/> amtsbekannt            | ausgewiesen durch | <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis |
| wurde zwecks                                    | begutachtet.      |                                                                             |
| veranlasst von                                  | mit Schreiben vom | Gz.                                                                         |

**Angaben zur Untersuchung (ggf. auf separatem Blatt)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1. Familienvorgeschichte</b> (Eltern, Geschwister, Kinder)<br/>folgende Krankheiten:</p> <p><input type="checkbox"/> hoher Blutdruck      <input type="checkbox"/> krankhaftes Übergewicht      <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit      <input type="checkbox"/> Herz- und Kreislauferkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten      <input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten      <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen      <input type="checkbox"/> Krebs</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche</p> <p><input type="checkbox"/> keine ernstesten Krankheiten</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Sonstiges</p>                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p><b>2. Eigene Vorgeschichte,</b><br/>folgende Krankheiten:</p> <p><input type="checkbox"/> hoher Blutdruck</p> <p><input type="checkbox"/> Allergien, Heuschnupfen, Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> chronische Lungenerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)</p> <p><input type="checkbox"/> chronische Infektionserkrankungen<br/>(z. B. Tuberkulose, Hepatitis B/C, HIV-Infektion/<br/>AIDS-Erkrankung)</p> <p><input type="checkbox"/> Mandelentzündungen, Scharlach</p> <p><input type="checkbox"/> Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche</p> <p><input type="checkbox"/> rheumatische Krankheiten</p> <p><input type="checkbox"/> Krebs</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige:</p> <p><input type="checkbox"/> keine ernstesten Krankheiten oder Behinderungen</p> | <p>Krankheiten folgender Organe:</p> <p><input type="checkbox"/> Blutgefäße      <input type="checkbox"/> Nervensystem, Gehirn</p> <p><input type="checkbox"/> Bronchien/Lunge      <input type="checkbox"/> Augen</p> <p><input type="checkbox"/> Gallenblase      <input type="checkbox"/> Ohren und Gleichgewichtssinn</p> <p><input type="checkbox"/> Harnblase      <input type="checkbox"/> Schilddrüse</p> <p><input type="checkbox"/> Haut      <input type="checkbox"/> Sonstiges</p> <p><input type="checkbox"/> Herz      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Leber      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Magen und Darm      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Nieren      <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke und Wirbelsäule)</p> |



## Erklärung:

**Ich bin damit einverstanden, dass dem untersuchenden Arzt alle für die Beurteilung benötigten ärztlichen Befunde und Unterlagen zur Verfügung gestellt sowie Auskünfte erteilt werden. Zu diesem Zweck entbinde ich die Ärzte, Zahnärzte und Angehörigen anderer Heilberufe, die mich untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass diese Beurteilungsgrundlage und die weiteren medizinischen Befunde und Unterlagen zur Klärung medizinischer Zweifelsfragen im erforderlichen Umfang innerhalb des ärztlichen Dienstes (Ärzte an den Gesundheitsämtern, Regierungen und im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) weitergegeben werden können. Ich habe dem untersuchenden Arzt alles mitgeteilt, was für die Beurteilung meines Gesundheitszustands von Bedeutung sein könnte.**

Für Ergänzungen bitte ein Zusatzblatt anlegen!

-----  
(Ort, Datum)

Unterschrift Person  
oder Personensorge-  
berechtigter

## Information nach Art. 13 DSGVO:

Verantwortlich für die Verarbeitung ist Ihr zuständiges Gesundheitsamt. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter <https://www.kreis-nea.de/datenschutz> abrufen. Weitere Informationen erhalten Sie bei Bedarf von Ihrem zuständigen Sachbearbeiter / Ihrer zuständigen Sachbearbeiterin.