

# MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

Der ausgefüllte medizinische Fragebogen und die Ergebnisse eventueller Zusatzuntersuchungen werden dem für die medizinische Untersuchung zuständigen Arbeitsarzt am Tag der Untersuchung übergeben.

BITTE BEANTWORTEN SIE ALLE FRAGEN.

## Persönliche Daten

Name.....

Vorname.....

Nationalregisternummer.....

Adresse.....Nummer.....Briefkasten.....

Postleitzahl.....Ort.....

Geburtsort.....Geburtsdatum.....

Tel./Mobiltelefon.....Beruf.....

E-Mail.....

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Jede Frage muss beantwortet werden.

Vergessen Sie nicht, sich die Liste der medizinischen Ausschlusskriterien in Anhang 1 anzusehen.

Anhang 2 enthält alle zusätzlichen medizinischen Berichte, die aufgrund der Antworten auf diesen Fragebogen erforderlich sind. Wir empfehlen Ihnen, Ihren Hausarzt zu konsultieren, damit eventuell notwendige Untersuchungen vorzugsweise vor der ärztlichen Untersuchung durchgeführt werden können, und am Tag der Untersuchung über alle relevanten medizinischen Informationen zu verfügen, damit der weitere Verlauf Ihres Auswahlverfahrens nicht verzögert wird.

## Aufenthalt im Krankenhaus

Sind Sie jemals wegen einer Beobachtung, einer medizinischen Behandlung, einer Operation oder eines Unfalls in ein Krankenhaus (auch eintägiger Aufenthalt) eingeliefert worden?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Wenn ja, aus welchem Grund/welchen Gründen und in welchem Jahr. Bitte geben Sie bei Krankenhausaufenthalten im letzten Jahr den Monat an:

- a. ....Monat/Jahr.....
- b. ....Monat/Jahr.....
- c. ....Monat/Jahr.....
- d. ....Monat/Jahr.....

## Krankheiten/Beschwerden

Geben Sie durch Schwärzen des Kästchens an, ob Sie an einer der folgenden Erkrankungen gelitten haben oder leiden. Wenn Sie mit „Ja“ geantwortet haben, geben Sie bitte das Datum an (Tag und Monat).

### AUGEN

|                                                                                                      |                          |                            |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------|
| Tragen Sie eine Brille?                                                                              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Tragen Sie Kontaktlinsen?                                                                            | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Tragen Sie Nachtlinsen?                                                                              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Seit .....  |
| Haben Sie intraokulare Kontaktlinsen?                                                                | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Seit .....  |
| Leiden Sie an einem Keratokonus?                                                                     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Haben Sie abends oder nachts eine ungewöhnlich schwache Sehkraft?                                    | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Haben Sie Probleme mit dem Farbsehen?                                                                | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Haben Sie schon einmal eine Augenverletzung erlitten?                                                | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Sind Sie jemals an den Augen operiert worden? (z. B. eine Laser-Operation)?                          | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Hatten Sie jemals einen Halo (Blendung durch das Licht von Scheinwerfern) nach einer Laseroperation? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Leiden Sie unter Diplopie?                                                                           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Haben Sie andere Augenerkrankungen?                                                                  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welche..... |

### HALS-NASE-OHREN

|                               |                          |                            |           |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------|
| Leiden Sie unter Nasenbluten? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr..... |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------|

|                                                                 |                          |                            |              |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------|
| Leiden Sie unter Gleichgewichtsstörungen?                       | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |              |
| Haben Sie jemals ein Klingeln im Ohr (Tinnitus) gehabt?         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Seit .....   |
| Tragen Sie ein Hörgerät (extern oder implantiert)?              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Seit .....   |
| Leiden Sie regelmäßig unter Heiserkeit?                         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |              |
| Leiden Sie an einer anderen HNO-Erkrankung (Hals, Nase, Ohren)? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welche ..... |

## LUNGEN

|                                                                |                          |                            |              |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------|
| Leiden Sie an Asthma oder haben Sie jemals an Asthma gelitten? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....    |
| Leiden Sie an Heuschnupfen?                                    | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |              |
| Haben Sie Allergien?                                           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |              |
| Haben Sie jemals Tuberkulose gehabt?                           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....    |
| Leiden Sie an Sarkoidose?                                      | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Seit .....   |
| Hatten Sie jemals einen Pneumothorax?                          | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....    |
| Leiden Sie an Mukoviszidose?                                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |              |
| Leiden Sie an einer anderen Lungenerkrankung?                  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welche ..... |

## HERZ-KREISLAUF-SYSTEM

|                                                          |                          |                            |             |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------|
| Haben Sie einen hohen Blutdruck?                         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Leiden Sie an Herzrhythmusstörungen?                     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Leiden Sie unter Herzklopfen?                            | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Hatten Sie schon einmal eine Bewusstlosigkeit (Synkope)? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Haben Sie ein Herzgeräusch?                              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Leiden Sie an Angina pectoris? (Engegefühl in der Brust) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Haben oder hatten Sie jemals ein vaskuläres Aneurysma?   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt?               | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Leiden Sie an einer anderen Herz-Kreislauf-Erkrankung?   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welche..... |

## SPEISERÖHRE/MAGEN/DARM

|                                          |                          |                            |           |
|------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------|
| Hatten Sie (jemals) eine Darmentzündung? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr..... |
|------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------|

|                                                                                           |                          |                            |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------|
| Hatten Sie jemals ein Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür?                                | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Leiden Sie an Morbus Crohn?                                                               | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Seit .....  |
| Leiden Sie an Colitis ulcerosa?                                                           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Seit.....   |
| Haben Sie manchmal Blut im Stuhl?                                                         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Leiden Sie unter chronischem Durchfall?                                                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Leiden Sie an einer anderen Erkrankung des Verdauungstrakts (Speiseröhre - Magen - Darm)? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welche..... |

## LEBER/GALLENBLASE/PANKREAS

|                                                                                |                          |                            |             |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------|
| Sind Sie Diabetiker?                                                           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Hatten Sie jemals Hepatitis (Gelbsucht)?                                       | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Leiden Sie an einer anderen Erkrankung der Leber/der Gallenblase/des Pankreas? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welche..... |

## HORMONSYSTEM

|                                                           |                          |                            |             |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------|
| Leiden Sie an einer Schilddrüsenunterfunktion?            | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Leiden Sie an einer Schilddrüsenüberfunktion?             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Leiden Sie an einer anderen Erkrankung des Hormonsystems? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welche..... |

## UROGENITAL

|                                                                          |                          |                            |             |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------|
| Haben/hatten Sie eine Nierenerkrankung?                                  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Haben Sie Nieren- oder Blasensteine?                                     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Haben Sie Eiweiß im Urin?                                                | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Haben Sie Zucker im Urin?                                                | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Haben Sie Blut im Urin?                                                  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Haben Sie jemals eine Infektion mit dem Papillomavirus HPV (bei Frauen)? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Leiden Sie an einer anderen urogenitalen Erkrankung?                     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welche..... |

## BLUTKRANKHEITEN

|                                       |                          |                            |           |
|---------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------|
| Leiden Sie an Anämie?                 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr..... |
| Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |           |

|                                            |                          |                            |             |
|--------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------|
| Hatten Sie jemals Leukämie (Blutkrebs)?    | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Hatten Sie schon einmal Malaria?           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Leiden Sie an Thalassämie?                 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Leiden Sie an einer anderen Blutkrankheit? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welche..... |

## NACKEN/RÜCKEN

|                                                                                    |                          |                            |             |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------|
| Leiden Sie unter Rückenschmerzen oder haben Sie jemals darunter gelitten?          | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Hatten Sie (jemals) einen Bandscheibenvorfall?                                     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Hatten Sie jemals eine Ischialgie (bis in die Füße ausstrahlende Rückenschmerzen)? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Hatten Sie schon einmal eine Lumbago (Blockade im unteren Rücken)?                 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Hatten Sie schon einmal einen Wirbelbruch?                                         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Leiden Sie oder haben Sie jemals unter Schmerzen im oberen Rücken gelitten?        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Hatten Sie schon einmal ein Schleudertrauma?                                       | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Haben oder hatten Sie schon einmal Nacken- oder Halsschmerzen?                     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Leiden Sie an einer anderen Erkrankung des Halses/Rückens?                         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welche..... |

## UNTERE GLIEDMASSEN

|                                                                                                   |                          |                            |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Hatten Sie jemals eine Hüftgelenkentzündung?                                                      | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....                |
| Hatten Sie schon einmal eine Meniskusverletzung?                                                  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....                |
| Hatten Sie schon einmal eine Kreuzbandverletzung im Knie?                                         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....                |
| Hatten Sie schon einmal einen Knorpelschaden in den Knien?                                        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....                |
| Hatten Sie schon einmal einen Bänderriss im Knöchel?                                              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....                |
| Hatten Sie jemals eine Entzündung der Achillessehne?                                              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....                |
| Hatten Sie schon einmal einen Riss der Achillessehne?                                             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....                |
| Leiden Sie an Gelenkschmerzen in den unteren Gliedmaßen?                                          | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |                          |
| Leiden Sie an Gelenksteifigkeit in den unteren Gliedmaßen?                                        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |                          |
| Haben Sie sich schon einmal einen Oberschenkel, ein Bein, einen Knöchel oder einen Fuß gebrochen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....                |
| Tragen Sie orthopädische Einlagen?                                                                | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |                          |
| Tragen Sie eine Schiene an den unteren Gliedmaßen?                                                | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welches Gelenk?<br>..... |

|                                                                |                          |                            |             |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------|
| Leiden Sie an einer anderen Erkrankung der unteren Gliedmaßen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welche..... |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------|

## OBERE GLIEDMASSEN

|                                                                                                                 |                          |                            |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Hatten Sie schon einmal eine Luxation (Ausrenkung) der Schulter?                                                | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....                   |
| Leiden Sie an einem Tennisarm?                                                                                  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....                   |
| Leiden Sie an einer eingeschränkten Beweglichkeit des Handgelenks?                                              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |                             |
| Leiden Sie an einer eingeschränkten Beweglichkeit des Daumens?                                                  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |                             |
| Leiden Sie an einer eingeschränkten Beweglichkeit der Finger?                                                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |                             |
| Haben Sie eine Entzündung im Handgelenk?                                                                        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |                             |
| Hatten Sie jemals einen Bruch des Schlüsselbeins, des Oberarms, des Unterarms, des Handgelenks oder der Finger? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....                   |
| Tragen Sie eine Schiene an den oberen Gliedmaßen?                                                               | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | An welchem Gelenk?<br>..... |
| Leiden Sie an einer anderen Erkrankung der oberen Gliedmaßen?                                                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welche.....                 |

## GEHIRN UND NERVEN

|                                                                        |                          |                            |             |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------|
| Hatten Sie schon einmal einen Schädelbruch?                            | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Hatten Sie schon einmal eine Gehirnerschütterung?                      | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Lagen Sie schon einmal im Koma?                                        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Leiden oder litten Sie an Epilepsie?                                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Leiden Sie an Multipler Sklerose?                                      | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Haben Sie Neuralgien?                                                  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Leiden Sie unter zitternden Händen?                                    | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Haben Sie Gedächtnisverlust?                                           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Leiden Sie an Schlafapnoe?                                             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Haben/hatten Sie starke oder häufige Kopfschmerzen?<br>(z. B. Migräne) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Leiden Sie am Tourette-Syndrom?                                        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Leiden Sie an einer anderen Erkrankung des Gehirns oder der Nerven?    | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welche..... |

## HAUTKRANKHEITEN

|                                                            |                          |                            |             |
|------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------|
| Wurde bei Ihnen schon einmal eine Hautverletzung entfernt? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Leiden Sie an Psoriasis?                                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Leiden Sie an Psoriasis-Arthritis?                         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Leiden Sie an einer anderen Hautkrankheit?                 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welche..... |

## PSYCHOLOGIE

|                                                                                         |                          |                            |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------|
| Leiden Sie an ADHS/ADS?                                                                 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Hatten Sie jemals eine Depression?                                                      | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Hatten Sie schon einmal einen Burnout?                                                  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Leiden oder litten Sie unter Schlaflosigkeit?                                           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Hatten Sie schon einmal Selbstmordgedanken?                                             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Haben Sie jemals einen Selbstmordversuch unternommen?                                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Haben Sie sich selbst verletzt?                                                         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Leiden Sie unter chronischem Müdigkeitssyndrom?                                         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Leiden Sie an Fibromyalgie?                                                             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Leiden Sie unter Angstzuständen?                                                        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Hatten Sie jemals eine Psychose?                                                        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr.....   |
| Leiden Sie an einer anderen psychologischen/psychiatrischen Erkrankung?                 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welche..... |
| Wurden Sie jemals in eine psychiatrische Einrichtung eingeliefert?                      | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Wenn ja, wann und wie lange? .....                                                      |                          |                            | Jahr.....   |
| Haben Sie sich jemals einer psychologischen oder psychiatrischen Behandlung unterzogen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |             |
| Wenn ja, wann und wie lange? .....                                                      |                          |                            | Jahr.....   |

## SONSTIGES

|                                                                        |                          |                            |           |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------|
| Leiden Sie unter Immunschwäche?                                        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |           |
| Hatten Sie schon einmal eine Organtransplantation?                     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr..... |
| Wurden Sie jemals wegen einer bösartigen Erkrankung (Tumor) behandelt? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Jahr..... |

|                                                                                                                                    |                          |                            |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------|
| Leiden Sie an einer chronischen Infektion?                                                                                         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welche.....  |
| Leiden Sie an anderen Allergien oder Unverträglichkeiten (z. B. Allergie gegen Medikamente, Nahrungsmittelunverträglichkeit usw.)? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Welche ..... |

## Einnahme von Medikamenten

Kreuzen Sie das für Sie zutreffende Kästchen an und füllen Sie ggf. die gestrichelten Linien aus.

Ich erkläre hiermit:

- ☐ Dass ich gesund bin und keine Medikamente einnehme
- ☐ Dass ich gesund bin, aber in den letzten 14 Tagen die folgenden Medikamente eingenommen habe (auch wenn es sich um Aspirin, Hustensaft, Nasentropfen usw. handelt.):

1. ....  
Aufgrund von:.....
2. ....  
Aufgrund von:.....
3. ....  
Aufgrund von:.....

- ☐ Dass ich die folgenden Medikamente regelmäßig nehme:

1. ....  
Aufgrund von:.....
2. ....  
Aufgrund von:.....
3. ....  
Aufgrund von:.....

## Durchschnittliche Anzahl an Stunden Sport pro Woche

- ☐ 0 Stunden
- ☐ < 3 Stunden
- ☐ 3- 5 Stunden

## Biometrie

Größe: .....

Gewicht: .....

## Tabak/Alkohol

1) Rauchen Sie?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? .....

2) Wie viele Gläser Alkohol (Bier, Wein, Spirituosen) trinken Sie normalerweise pro Woche? .....

.....

---

Ich schwöre auf Ehre und Gewissen, dass diese Erklärung wahrheitsgetreu und vollständig ist.

Mir ist bekannt, dass eine falsche oder unvollständige Aussage zum Ausschluss als Kandidat/in für ein Amt bei der Polizei oder als Mitarbeiter/in der Polizei, zur Entlassung von Amts wegen führen kann.

Datum: .....

Bitte übertragen Sie den obigen Absatz manuell + Unterschrift des Bewerbers/der Bewerberin

Stempel des behandelnden Arztes

Unterschrift des behandelnden Arztes

Die Datenverarbeitung erfolgt in Übereinstimmung mit dem Gesetz zum Schutz des Privatlebens (Gesetz vom 8. Dez. 1992: Gesetz über den Schutz des Privatlebens in Bezug auf die Verarbeitung personenbezogener Daten) und seinem Königlichen Erlass vom 13. Februar 2001.

## Impfung

| IMPfstoff                                          | Datum | Datum | Datum | Datum | Datum |
|----------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Hepatitis A<br>Epaxal®<br>Havrix®                  |       |       |       |       |       |
| Hepatitis B<br>Engerix-B®<br>Fendrix®<br>Hbvaxpro® |       |       |       |       |       |
| Hepatitis A/B<br>Twinrix®                          |       |       |       |       |       |
| Tetanus<br>Tetivax Pro<br>Adulto®<br>Boostrix®     |       |       |       |       |       |

Wenn Sie gegen Hepatitis B geimpft wurden, geben Sie bitte Ihren Antikörperspiegel an ..... U/L.  
Bitte fügen Sie den Laborbericht bei.

# Anhang 1: Auszug<sup>1</sup> aus dem ME vom 21.11.2013, Art. 1 - Auszug aus Anhang 4bis zum Ministerialerlass vom 28. Dezember 2001.

## LISTE DER WICHTIGSTEN MEDIZINISCHEN AUSSCHLUSSKRITERIEN

### Biometrie

. Die erforderliche Mindestgröße beträgt 152 Zentimeter.

### Krankheiten/Beschwerden

#### AUGEN

Der Bewerber ist ungeeignet:

- wenn er nicht die geforderte Mindestsehschärfe, die gegebenenfalls durch eine Sehhilfe erreicht wird, von 8/10 für jedes Auge erreicht.
- wenn er beim Tragen einer optischen Korrektur nicht die erforderliche Mindestsehschärfe ohne Sehhilfe von 1/10 auf jedem Auge erreicht.
- wenn er nur ein funktionierendes Auge benutzt.
- wenn er an Keratokonus erkrankt ist.
- wenn bei ihm das Gesichtsfeld Defekte oder eine Verengung aufweist.
- wenn er das geforderte Mindestdämmerungssehen von 2/10 nicht mit beiden Augen gleichzeitig erreicht.
- wenn es ihm nicht gelingt, die Grundfarben problemlos zu erkennen oder zu unterscheiden.

#### HALS-NASE-OHREN

Der Bewerber ist ungeeignet:

- wenn bei ihm der durchschnittliche Hörverlust bei den Frequenzen 500, 1000 und 2000 Hertz, gemessen ohne Korrektur für jedes Ohr getrennt, mehr als 30 dBA beträgt.
- wenn er ein Hörgerät (extern oder implantiert) trägt.

#### LUNGEN

Der Bewerber ist ungeeignet:

- wenn er an einer fortschreitenden Tuberkulose leidet.
- wenn bei ihm der Tiffeneau-Index nicht mindestens 70 beträgt.
- wenn bei ihm FEV 1 (Forced Expiratory Volume) und/oder PEF (Peak Expiratory Flow) um 20 % oder mehr und irreversibel vermindert ist.
- wenn er per os Kortikosteroide oder IgE-Antikörper einnimmt.

#### HERZ-KREISLAUF-SYSTEM

Angeborene oder erworbene Fehlbildungen des Herzens, die eine Verringerung der Leistungsfähigkeit oder eine erhöhte Gefahr einer Herzrhythmusstörung oder einer vorzeitigen schweren Herzerkrankung verursachen, führen zur Untauglichkeit.

---

<sup>1</sup> In diesem Auszug sind nur medizinische Kriterien aufgeführt, die automatisch zur Untauglichkeit führen. Die vollständige Liste der medizinischen Kriterien finden Sie im Anhang zum Ministerialerlass vom 21.11.2013 - Anhang 4bis zum ME vom 28. Dezember 2001. (MB: 6-12-2013)

Der Bewerber ist ungeeignet:

- wenn er an einem systolischen Blutdruck von mehr als 180 mmHg und/oder einem diastolischen Blutdruck von mehr als 100 mmHg leidet.
- wenn er an einem systolischen Blutdruck von mehr als 180 mmHg und/oder einem diastolischen Blutdruck von mehr als 100 mmHg leidet.
- wenn sie/er Beschwerden aufweist infolge einer chronischen Herzinsuffizienz bei normaler körperlicher Belastung (NYHA Klasse 2), einer Kardiomyopathie, einer angeborenen Schwäche des Herzens und der Hauptarterien, eines angeborenen oder erworbenen Herzklappenfehlers (mit oder ohne Prothese), einer durch eine Erkrankung der Koronargefäße bedingten ischämischen Herzkrankheit,
- wenn er schwere Herzrhythmus- oder atrioventrikuläre Reizleitungsstörungen hat.
- der/dem ein Herzschrittmacher implantiert wurde.
- wenn ihr/ihm ein Defibrillator implantiert wurde.
- wenn sie/er an Angina Pectoris leidet, die im Ruhezustand, bei der geringsten Erregung oder aufgrund eines anderen relevanten auslösenden Faktors auftritt.
- wenn er an erheblichen Veränderungen des Herzmuskels, an deutlich nachgewiesenen Folgen eines zuvor erlittenen Herzinfarkts, an deutlichen Anzeichen einer koronaren Herzkrankheit und an Herzinsuffizienz leidet.

## **LEBER/GALLENBLASE/PANKREAS**

Der Bewerber ist ungeeignet:

- wenn er per os Kortikosteroide oder IgE-Antikörper einnimmt.
- wenn er an schwerer Leberinsuffizienz leidet.
- wenn er an Diabetes mellitus leidet und mit Insulin behandelt wird.
- wenn er an Diabetes mellitus leidet und mit oralen blutzuckersenkenden Medikamenten behandelt wird, die in therapeutischer Dosierung Hypoglykämie verursachen können.
- wenn er eine Insulinpumpe trägt.

## **UROGENITAL**

Der Bewerber ist ungeeignet:

- wenn er an einer schweren Niereninsuffizienz leidet.
- wenn er eine Nierentransplantation erhielt.
- wenn er ein künstliches Stoma hat.

## **UNTERE GLIEDMASSEN**

Der Bewerber ist ungeeignet:

- mit anatomischem oder funktionellem Verlust eines unteren Gliedmaßes oder eines Teils davon,
- mit Veränderung der Beweglichkeit der Gelenke der unteren Gliedmaßen, wenn diese Einschränkung die normale Ausführung der Aufgaben unmöglich macht.

## **OBERE GLIEDMASSEN**

Der Bewerber ist ungeeignet:

- bei einem anatomischen oder funktionellen Verlust eines Teils oder der gesamten oberen Gliedmaße.
- bei Veränderung der Beweglichkeit der Gelenke der oberen Gliedmaße, wenn diese Einschränkung die normale Ausführung der Aufgaben unmöglich macht,
- bei Verlust des Greifvermögens einer Hand.

## **DEGENERATIVE ERKRANKUNGEN**

Degenerative Muskel-, Sehnen-, Bänder- sowie Knochen- und Gelenkerkrankungen oder rheumatische Erkrankungen, die es unmöglich machen, die normalen funktionalen Anforderungen des Berufs zu erfüllen, führen zur Untauglichkeit.

## **GEHIRN UND NERVEN**

Erkrankungen der Schädelhöhle, die neurologische Störungen verursachen oder die Ausführung normaler Aufgaben gefährden, führen zur Untauglichkeit.

Der Bewerber ist ungeeignet:

- wenn er an Epilepsie leidet oder einen epileptischen Anfall gehabt hat, ungeachtet der Tatsache, ob sie/er sich einem kurativen chirurgischen Eingriff am Gehirn unterzogen hat.
- wenn er an krankhafter Schläfrigkeit oder Bewusstseinsstörungen infolge des Narkolepsie-/Kataplexie-Syndroms oder des Schlafapnoe-Syndroms leidet.
- wenn sie/er an einer Schwäche des zentralen oder peripheren Nervensystems leidet, die zu einer akuten Störung der Hirnfunktionen mit plötzlicher Bewusstlosigkeit oder plötzlicher Bewusstseinsstörung führen kann.
- wenn ihre/seine funktionellen, sensorischen, kognitiven oder lokomotorischen Fähigkeiten infolge eines chirurgischen Eingriffs nach einer intrakraniellen Erkrankung gestört sind.
- wenn sie/er an einer zerebrovaskulären Erkrankung leidet.
- wenn sie/er an einer fortschreitenden neurologischen Erkrankung leidet, die die funktionellen Fähigkeiten beeinflusst, sofern diese Erkrankung die sichere Ausführung operativer Aufträge gefährdet.

## PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNGEN

Der Bewerber ist ungeeignet:

- wenn er an manischer Depressivität leidet.
- wenn er an Schizophrenie leidet.
- wenn er an Persönlichkeitsstörungen leidet, die die Urteilsfähigkeit beeinträchtigen.

## Einnahme von Medikamenten

Der Bewerber ist ungeeignet:

- wenn sie/er von psychotropen Stoffen abhängig ist oder, auch ohne abhängig zu sein, davon übermäßig Gebrauch macht.
- wenn sie/er regelmäßig in irgendeiner Form psychotrope Stoffe einnimmt, die die Ausübung ihrer/seiner Funktion beeinträchtigen können, oder sie/er eine solche Menge davon einnimmt, dass das Verhalten negativ beeinflusst wird.
- wenn sie/er andere Medikamente oder andere Medikamentenkombinationen einnimmt, die einen negativen Einfluss auf Wahrnehmung, Stimmung, Aufmerksamkeit, Psychomotorik und Urteilsvermögen ausüben.

## Alkohol

Der Bewerber, der alkoholabhängig ist oder den Alkoholgenuss nicht lassen kann, ist ungeeignet.

---

Bitte schreiben Sie den folgenden Satz manuell ab:

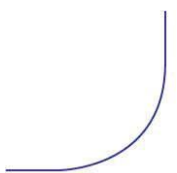
*„Ich erkläre, dass ich Anhang 1 des medizinischen Fragebogens gelesen habe. Ich bin mir der Tatsache bewusst, dass ich für medizinisch ungeeignet erklärt werde, wenn ich eines der medizinischen Ausschlusskriterien erfülle.“*

.....

.....

.....

Datum: ..... Unterschrift:.....



## ANHANG 2 ZUM MEDIZINISCHEN FRAGEBOGEN

Während der ärztlichen Untersuchung wird eine Reihe von medizinischen Parametern überprüft, damit sich der Arbeitsmediziner ein allgemeines Bild von Ihrer Gesundheit machen kann. Auf der Grundlage dieser Analyse trifft er eine Entscheidung darüber, ob Sie für eine operative Funktion bei der Polizei geeignet sind oder nicht. Die medizinischen Parameter sowie die wichtigsten Punkte, die es zu beachten gilt, werden im Folgenden genannt. Für einen reibungslosen Ablauf der medizinischen Voruntersuchung empfehlen wir Ihnen, diese Punkte durchzugehen und die notwendigen Schritte zu unternehmen, um sie zu erfüllen. Bitte legen Sie die Dokumente vor, die der Arbeitsmediziner bei der medizinischen Untersuchung verlangt. Die vollständige Liste der medizinischen Kriterien können Sie auf der Website [www.jobpol.be](http://www.jobpol.be) einsehen, indem Sie „Jobs in Uniform-Auswahlverfahren-medizinische Prüfung“ auswählen.

### Was umfasst die medizinische Voruntersuchung?

- Biometrische Kontrolle: Messung von Größe und Gewicht. Die erforderliche Mindestgröße beträgt 152 cm. Wenn Sie kleiner als 152 cm sind, werden Sie für untauglich erklärt. Der Body-Mass-Index (BMI: das Gewicht in Kilogramm geteilt durch das Quadrat der Körpergröße in Metern) sollte zwischen 17 und 30 liegen. Wenn Ihr BMI über 30 liegt, werden Sie vorübergehend für untauglich erklärt, bis Ihr BMI unter 30 sinkt. Wenn der BMI aufgrund einer hohen Muskelmasse über 30 liegt, wird der prozentuale Anteil der Fettmasse gemessen. Wenn diese Messung normal ist, dann ist ein BMI von über 30 kein Problem.

- Sehprüfung: Eine Sehschärfe von mindestens 8/10 für jedes einzelne Auge ist erforderlich.

Das Tragen von Brillen oder Kontaktlinsen ist erlaubt. In diesem Fall wird die Sehschärfe auch ohne Brille oder Kontaktlinsen gemessen und muss für jedes einzelne Auge mindestens 1/10 betragen. Die Grundfarben (Rot, Gelb und Grün) müssen problemlos unterschieden werden können. Die Bewerberin/der Bewerber muss ein Nachtsehvermögen von 2/10 mit beiden Augen zusammen aufweisen. Das Gesichtsfeld darf weder einen Defekt noch eine Verengung aufweisen. Bewerber:innen, die Kontaktlinsen tragen, müssen ihren Kontaktlinsenbehälter und ihre Kontaktlinsenflüssigkeit mitbringen.

Wenn Sie sich nicht sicher sind, ob Sie dieses Kriterium erfüllen, empfehlen wir Ihnen, einen Augenarzt aufzusuchen und eventuelle Sehhilfen zu erwerben oder anzupassen. Wenn Sie dieses Kriterium nicht erfüllen, werden Sie für untauglich erklärt. Eine Augenoperation mit einem Laser sowie die Verwendung von Intraokularlinsen sind erlaubt.

- Hörtest: Wir empfehlen, dass Sie sich in den Tagen vor dem Test keinen lauten Geräuschen aussetzen (z. B. bei einem Konzert). Der mittlere Hörverlust für die Frequenzen 500, 1000 und 2000 Hertz, ohne Hörgerät und für jedes Ohr getrennt gemessen, darf nicht mehr als 30 dBA betragen. Bei einem Hörverlust von mehr als 30 dBA werden Sie für untauglich erklärt. Das Tragen eines Hörgeräts (extern oder implantiert) ist nicht erlaubt.

- Urinuntersuchung: Wir untersuchen den Urin u. a. auf Zucker, Eiweiß und Blut. Eine urologische Kontrolle ist erforderlich, wenn Eiweiß und Blut im Urin vorhanden sind. Bewerberinnen, die am Tag der medizinischen Untersuchung möglicherweise unpässlich sind, können die Ergebnisse einer Urinuntersuchung mitbringen, die maximal zwei Wochen vor der medizinischen Untersuchung durchgeführt wurde. Im Falle eines physiologischen Vorkommens von roten Blutkörperchen im Urin wird ein ärztlicher Bericht angefordert. Eine Diabeteskontrolle muss durchgeführt werden, wenn Zucker vorhanden ist (Nüchternblutzucker und HbA1C). Bitte nehmen Sie das Ergebnis dieser Überprüfung mit.

- Klinische Untersuchung: Jede(r) Bewerber:in wird einer grundlegenden medizinischen Untersuchung unterzogen. Je

nach Vorerkrankungen können weitere Untersuchungen durchgeführt werden. Bewerber:innen, die im Vorjahr operiert wurden, eine schwere Krankheit hatten oder an einer chronischen Krankheit leiden, müssen einen ärztlichen Bericht über eine aktuelle Kontrolle mitbringen (nicht älter als 6 Monate vor der ärztlichen Untersuchung). Der Blutdruck darf 140/90 mm HG nicht überschreiten. Wenn Ihr Blutdruck zu hoch ist, werden Sie vorübergehend für untauglich erklärt, bis Ihr Blutdruck wieder in Ordnung ist. Eine medikamentöse Behandlung des Blutdrucks ist erlaubt. Eine Erkrankung der Schilddrüse (z. B. eine Schilddrüsenunterfunktion) muss mit hormonellen Medikamenten gut eingestellt sein. Eine Laborkontrolle (höchstens

ein Jahr vor der medizinischen Untersuchung) wird bei der medizinischen Untersuchung verlangt. Asthma muss gut behandelt werden. Bei Asthma (in der Vorgeschichte) ist ein ärztlicher Bericht mit den Ergebnissen der jüngsten grundlegenden Lungenfunktionstests (nicht älter als 6 Monate vor dem Arztbesuch) (einschließlich Tabellen und Grafiken) erforderlich. Brüche, Verstauchungen und Verrenkungen müssen geheilt sein, damit Sie für medizinisch tauglich erklärt werden. Wenn dies nicht der Fall ist, werden Sie vorübergehend für untauglich erklärt. Bei Herzgeräuschen oder Herzproblemen in der Vorgeschichte müssen Sie einen ärztlichen Bericht über eine Kontrolle bei einem Kardiologen mitbringen, der u. a. die Ergebnisse einer Echokardiografie und von Belastungstests enthält. Das Vorliegen von Epilepsie und Diabetes mit Insulineinnahme führt zu einer medizinischen Untauglichkeit. Bewerber:innen, die an Diabetes leiden, der mit Medikamenten behandelt wird, können bei guter Einstellung des Diabetes für medizinisch geeignet erklärt werden. Sie müssen das Ergebnis einer Kontrolle des Nüchternblutzuckers und des HbA1c-Wertes mitbringen, die höchstens drei Monate vor dem Arztbesuch stattgefunden hat. Ein(e) Bewerber:in, die/der an Krebs erkrankt ist, muss sich nach Abschluss der Behandlung mindestens ein Jahr lang in vollständiger Remission befinden. Sie/er muss einen ärztlichen Bericht von einer aktuellen Untersuchung (nicht älter als 6 Monate vor dem Arztbesuch) mitbringen, in dem auch das Ergebnis eines maximalen Belastungstests vermerkt ist. Bewerber:innen mit vielen Muttermalen müssen einen Bericht über eine Kontrolle bei einem Hautarzt mitbringen.

- Elektrokardiogramm: Diese Untersuchung wird bei Bewerberinnen und Bewerbern ab 50 Jahren oder bei Vorliegen einer medizinischen Indikation durchgeführt.

- Blutentnahme: Diese erfolgt nur, wenn eine medizinische Indikation vorliegt. Es ist nicht notwendig, nüchtern zu bleiben.

Wir empfehlen Ihnen, die Arztberichte zur ärztlichen Untersuchung mitzubringen. Gegebenenfalls sind Sie verpflichtet, diese nachträglich an uns zu übermitteln. Dadurch wird Ihr Auswahlverfahren verzögert. Sie werden für medizinisch untauglich erklärt, wenn Sie die medizinischen Kriterien nicht erfüllen oder wenn es nach Anpassung Ihres medizinischen Zustands nicht möglich ist, diese zu erfüllen.

---

**Bitte schreiben Sie den folgenden Satz manuell ab:**

*„Ich erkläre, dass ich Anhang 2 des medizinischen Fragebogens gelesen und verstanden habe.“*

.....  
.....

Datum: .....

Unterschrift:.....