

## Ärztlicher Feuerwehrbewerberfragebogen

Name

Vorname

Geburtsdatum

### Ergänzende Informationen und Fragebogen zur Personalärztlichen Begutachtung

Sie haben sich für eine Ausbildung bei der Berufsfeuerwehr Hamburg beworben. Die Ausbildung erfolgt regelmäßig im Beamtenverhältnis auf Widerruf, ggf. auch als Ausbildungsverhältnis im Geltungsbereich des TVA-L BBiG/Pflege. Die Einstellungszusage für die von Ihnen angestrebte Stelle setzt die gesundheitliche Eignung (Feuerwehrdienstfähigkeit) und ggf. die Eignung für die Verbeamtung voraus. Die gesundheitliche Eignung ist auf der Grundlage eines ärztlichen Gutachtens festzustellen. Die Begutachtung nimmt in Hamburg das Referat Personalärztliche Begutachtung am Personalamt vor. Hierfür werden Angaben zu Ihrer Gesundheit benötigt. Es ist daher erforderlich, dass Sie den nachfolgenden Fragebogen vollständig und umfassend beantworten und zum Untersuchungstermin mitbringen. Bitte beachten Sie, dass die erforderlichen Angaben sich nicht allein auf die letzten fünf Jahre beschränken.

Ihre Angaben müssen wahr und vollständig sein. Werden Sie aufgrund falscher oder unvollständiger Angaben in das Beamtenverhältnis berufen, führt dies in der Regel dazu, dass die Ernennung aufgrund arglistiger Täuschung gemäß § 12 Beamtenstatusgesetz zurückgenommen wird und Sie damit aus dem Feuerwehrdienst ausscheiden, bzw. der Vertragsschluss gemäß § 123 BGB angefochten wird. Die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben sind durch Unterschrift zu bestätigen.

Sofern Sie in ärztlicher Behandlung waren oder sind, fügen Sie bitte ergänzend zum ausgefüllten Fragebogen vorhandene Unterlagen für die Untersuchung auf Ihre Feuerwehrdienstfähigkeit bei. Bitte besorgen Sie sich diese Unterlagen vor dem Termin, falls sie Ihnen noch nicht vorliegen sollten. Zu denken ist dabei z.B. an Arztbriefe, Krankenhaus-Entlassungsberichte, Berichte von Rehabilitationseinrichtungen, Befundberichte (Röntgen, MRT etc.) sowie Operationsberichte.

**DIESEN BOGEN BITTE MIT EINREICHEN**

### Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Jede Frage ist einzeln zu beantworten, keine zu übergehen oder lediglich mit Strichen zu füllen. Bitte beantworten Sie die Frage auf jeden Fall mit ja bzw. nein. Das Feld „zurzeit beschwerdefrei“ wird ggf. zusätzlich angekreuzt. Bei Platzmangel Ergänzungen bitte auf gesondertem Blatt beifügen.

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

- welche gesundheitlichen Beschwerden oder Funktionsstörungen aufgrund welcher Krankheiten oder Verletzungen vorliegen
- die Häufigkeit der Beschwerden oder Funktionsstörungen, einschließlich des Zeitpunkts des letzten Auftretens
- die Art der Behandlung
- bei den Fragen zu „Medikamenten“ welche dies sind (oder waren), in welchem Zeitraum und aus welchem Grund sie genommen wurden und von welchem Arzt (Fachrichtung) sie verordnet wurden
- bei den Fragen zu „Betäubungsmitteln/Drogen“ welche dies sind (oder waren), in welchem Zeitraum und wie lange sie insgesamt genommen wurden
- Dauerfolgen (soweit bekannt)

## Fragebogen

Körpergröße (cm):  Gewicht (kg): **I. Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:**

1. **Der Augen**, z.B. Herabsetzung der Sehschärfe, Korrekturlinsen, Laseroperation, Schielen, Farbenschwäche?     
nein ja zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

2. **Der Ohren**, z.B. Mittelohrentzündung, Nasennebenhöhlenentzündung, Trommelfellverletzung, Hörsturz, Ohrgeräusch, Schwerhörigkeit, Operationen im HNO-Bereich, herabgesetzter Geschmacks- oder Geruchssinn?     
nein ja zzt. beschwerdefrei

Beschreibung/Diagnose:

3. **Der Haut**, z.B. Ausschlag oder (Schuppen-)Flechte, Nesselfieber, Neurodermitis, anderen allergischen Hauterscheinungen, ausgeprägte Akne, bösartige Pigmentmale, Steißbeinfistel?     
nein ja zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

4. **Des Herzens** oder der **Kreislauforgane**, z.B. Herzfehler, Herzklappen- oder -muskelentzündung, Herzrhythmusstörungen, Herzleistungsschwäche, erhöhtem oder zu niedrigem Blutdruck, Gefäßentzündungen, Thrombose, Embolie?     
nein ja zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

5. **Der Atmungsorgane**, z.B. Tuberkulose, Rippen-(Brust-)fellentzündung, wiederholter oder länger anhaltender Bronchitis, Asthma, Heuschnupfen, Allergien, Stirn- oder Kieferhöhlenvereiterung?     
nein ja zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

Name

Vorname

Geburtsdatum

6. **Der Verdauungsorgane** Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, chronische Darmerkrankung, Nahrungsmittelallergie, Leber- oder Gallenblasenleiden, Gelbsucht, Bauchspeicheldrüsenentzündung oder anderweitigen Bauchbeschwerden?     
nein ja zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

7. **Der Harn- und Geschlechtsorgane**, z.B. Einzelniere, Nierenentzündung, Nierenkolik, Nierenbecken- oder wiederkehrende Blasenentzündung, Fehlbildungen, Endometriose, Eierstockentzündung oder Hodenentzündung?     
nein ja zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

8. **Geschwulstleiden / Tumore?**     
nein ja zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

9. **Der Lymphknoten, der Milz, des Blutes**, z.B. Blut- und Lymphdrüsenkrebs, Blutarmut, Gerinnungsstörung?     
nein ja zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

10. **Des Stoffwechsels, der Hormondrüsen**, z.B. Funktionsstörungen der Schilddrüse, Zuckerkrankheit, Gicht?     
nein ja zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

11. **Infektneigung oder Infektionskrankheiten?**     
nein ja zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

Name

Vorname

Geburtsdatum

12. **Der Wirbelsäule, Knochen und Gelenke**, z.B. Bandscheibenleiden,     
Fehlstellung der Wirbelsäule (M. Scheuermann, Skoliose), Nacken- oder  
Rückenschmerzen, Hexenschuss, Ischias, Gelenkrheumatismus mit oder  
ohne Herzbeteiligung? nein ja zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

13. **Des Gehirns oder Rückenmarks**, Epilepsie, Schwindel, Lähmungen,     
Migräne, häufige Kopfschmerzen, Parkinson, Multiple Sklerose,  
Lähmungen? nein ja zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

14. **Psychische Störungen**, z.B. Depressionen, Angstzustände, Burnout,     
Psychose, Persönlichkeitsstörung, Selbsttötungsversuch,  
Belastungsstörungen, PTBS, Essstörung, **psychosomatische**  
**Beschwerden** wie Reizdarm u.ä.? nein ja zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

15. **Hatten Sie Unfälle und Verletzungen?** Z.B. Sportverletzungen,     
Schädelverletzung, Gehirnerschütterung, Knochenbrüche, Kreuzbandriss,  
Meniskusschaden, Vergiftungen, innere Verletzungen nein ja zzt. beschwerdefrei

Beschreibung:

**II. Hatten Sie Behandlungen und Untersuchungen**

16. In Form von Operationen wie z.B. Mandelentfernung, Blinddarmentfernung, Gelenkspiegelung?  ja  nein

Beschreibung:

17. In Form von nervenärztlicher/psychotherapeutische Behandlung?  ja  nein

Beschreibung:

18. Haben Sie einmal eine Suchtberatung oder -behandlung aufgesucht?  ja  nein

Beschreibung:

19. Wurden Ihnen orthopädisches Turnen oder Physiotherapie, Orthesen oder andere orthopädische Hilfsmittel (z.B. Schuhe) verordnet?  ja  nein

Beschreibung:

20. Haben Sie Fremdmaterial im Körper (wie z.B. Implantate, OP Material)?  ja  nein

Beschreibung:

21. Sind Sie aktuell noch in aktiver kieferorthopädischer Behandlung (z.B. festsitzende Zahnsperre)?  ja  nein

Wenn ja: wann soll die Behandlung voraussichtlich abgeschlossen sein?

Beschreibung:

Name

Vorname

Geburtsdatum

22. Wurden bei Ihnen besondere medizinisch-technische Untersuchungen durchgeführt? z.B. Ultraschall, Röntgen, Endoskopie oder andere bildgebende Verfahren? Weswegen, wann?

ja     nein

Beschreibung:

23. Wurden Sie mit Röntgen- oder sonstigen Strahlen behandelt? Weswegen, wann?

ja     nein

Beschreibung:

**III. Diverses**

24. Sind Sie durch Ärztinnen / Ärzte, außer den bereits angegebenen, in den letzten 5 Jahren untersucht oder behandelt worden? Falls ja, weswegen und in welcher Fachdisziplin?

ja  nein

Beschreibung:

25. Waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 10 Tage ununterbrochen krank? Weswegen, wann?

ja  nein

Beschreibung:

26. Sind Sie in einem(r) Krankenhaus, Sanatorium, Kuranstalt, Gesundheits- oder Versorgungsamt untersucht oder behandelt worden? Wenn ja, weswegen, wann, wo?

ja  nein

Beschreibung:

27. Bezogen, beziehen oder beantrag(t)en Sie eine Rente aufgrund gesundheitlicher Schäden oder verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit?

ja  nein

Beschreibung:

28. Besteht ein Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS)?

ja  nein

Falls ja, bitte Kopie des Bescheids beifügen.

Beschreibung:

Name

Vorname

Geburtsdatum

29. Sind Sie bereits bei einer Polizei, Feuerwehr, der Bundeswehr oder bei einer sonstigen Behörde ärztlich untersucht worden? Wenn ja, wo?

ja     nein

Beschreibung:

30. Treiben Sie Sport (ggfs. Leistungssport)? Welche Sportarten? Wie oft, wie lange / Woche?

ja     nein

Beschreibung:

31. Trinken Sie Alkohol und/oder rauchen Sie? (Bitte genaue Angabe der Häufigkeit und Menge)

ja     nein

Beschreibung:

32. Hatten Sie Kontakt mit anderen Drogen? Wenn ja, mit welchen, wann, wie oft, wo und warum?

ja     nein

Beschreibung:

33. Medikamente: Nehmen / nahmen Sie im letzten Jahr verschreibungspflichtige Medikamente ein, Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel oder andere Psychopharmaka? Nehmen Sie Muskelaufbaupräparate?

ja     nein

Beschreibung:

## Erklärung

Ich versichere, die im Fragebogen getätigten Angaben nach bestem Wissen gemacht und nichts verschwiegen zu haben. Die dienst-, bzw. arbeitsrechtlichen Konsequenzen von falschen oder unvollständigen Angaben sind mir bewusst.

Ich bin bereit, weitere für die Beurteilung benötigte Unterlagen, Befunde und Bescheinigungen während des Verfahrens noch zu beschaffen und der Gutachterin / dem Gutachter zur Verfügung zu stellen. Ich bin darüber informiert, dass die Einstellungsstelle ein Eignungszeugnis erhält, das die ärztliche Beurteilung der Feuerwehrdienstfähigkeit oder -unfähigkeit enthält.

Ich bin damit einverstanden, dass das anlässlich meiner Einstellung in den Dienst der Berufsfeuerwehr Hamburg / Einstellung bei der Berufsfeuerwehr Hamburg erstellte ärztliche Gutachten zur Beurteilung der Feuerwehrdienstfähigkeit mit allen Anlagen integraler Bestandteil der beim Referat Personalärztliche Begutachtung der Stadt Hamburg geführten Unterlagen ist und bei dienst-, bzw. arbeitsrechtlichen Entscheidungen mit herangezogen werden kann.

**Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben.**

Ort \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Bewerberin / des Bewerbers,  
ggf. Vor- und Zuname und Unterschrift der Personensorgeberechtigten