



Fragebogen zum Gesundheitszustand

Sehr geehrte Bewerberin, sehr geehrter Bewerber!

Der Polizeivollzugsdienst stellt besondere Anforderungen an die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit sowie an die seelische Belastbarkeit. Die gesundheitliche Eignung für den Polizeivollzugsdienst ist deshalb nach besonderen Maßstäben, wie sie sich aus der Polizeidienstvorschrift (PDV) Nr. 300 ergeben, zu beurteilen. Diese Vorschrift führt z.B. Vorerkrankungen und Anfälligkeiten auf, die eine Verwendung im Polizeivollzugsdienst ausschließen.

Sie werden gebeten, **freiwillig** ärztliche Unterlagen und eine Erklärung über zurückliegende Erkrankungen zur Erleichterung des Auswahlverfahrens einzureichen. Fehlende oder unvollständige Unterlagen sind geeignet, Bedenken hinsichtlich ausreichender Tauglichkeit zu begründen. Diese Bedenken können zur Nachforderung von für Sie kostenpflichtigen Facharztbefunden führen.

Ich weise darauf hin, dass wissentlich falsche Angaben und das Verschweigen von zurückliegenden Erkrankungen den Tatbestand einer arglistigen Täuschung im Sinne von § 12 des Beamtenstatusgesetzes erfüllen und nach einer Einstellung zur Rücknahme der Ernennung führen können.

Bitte reichen Sie folgende ärztliche Unterlagen ein:

1. diese Erklärung über Vorerkrankungen, Verletzungen und ärztliche Behandlungen,
2. die hausärztliche Bescheinigung über die Krankheiten der letzten drei Jahre,
3. Befunde über Untersuchungen / Behandlungen durch Gebietsärzte (z.B. Arzt für Orthopädie) oder in Krankenhäusern,
4. sofern Sie Brillen- oder Kontaktlinsenträger sind, eine augenärztliche Bescheinigung über
 - den Rohvisus
 - die Sehleistung
 - die Korrekturstärken
 - (bei Plus-Gläsern objektive Refraktion in Cycloplegie)
 - das Farbenunterscheidungsvermögen
 - (bei Farbschwäche Angabe des Anomalquotienten)
 - das intakte räumliche Sehen in Winkelsekunden
 - Dämmerungssehen mit und ohne Blendung
 - Perimetrie

Alle Ihren Gesundheitszustand betreffenden Unterlagen werden ausschließlich zur Prüfung und Feststellung der Polizeidiensttauglichkeit verwandt.

Ihnen entstehende Kosten können nicht übernommen werden.

Selbstauskunft zur Beurteilung der gesundheitlichen Eignung für den Polizeivollzugsdienst

Name Vorname geb.

PLZ, Wohnort Straße, Hausnummer

Jede Frage ist einzeln zu beantworten, keine zu übergehen oder mit Strichen abzutun.
Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte die Ergänzungen auf einem gesonderten Blatt bei.

1.1	Sind bei Eltern, Geschwistern oder anderen nahen Verwandten Tuberkulose, Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck, Nerven- oder Gemütskrankheiten, Selbsttötung vorgekommen? Welche? Bei wem?	
1.2	Leiden oder litten Sie an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:	in den folgenden Zeilen ist anzugeben: - welche? - wann?
1.2.1	- des Herzens oder der Kreislauforgane , z.B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Herzschmerzen; Atemnot bei Anstrengungen, erhöhtem oder zu niedrigem Blutdruck; Venenentzündungen; Embolie?	
1.2.2	- der Atmungsorgane , z.B. Tuberkulose; Rippen-(Brust-)fellentzündung; wiederholter oder länger anhaltender Bronchitis; Asthma; Heuschnupfen oder anderen Allergien; Stirn- oder Kieferhöhlenvereiterung?	
1.2.3	- der Verdauungsorgane , z.B. Magenschleimhautentzündungen, 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 Harnlassen; Eiweißausscheidung; Hodenentzündungen oder Eierstockentzündungen?	
1.2.5	- des Gehirn- oder Rückenmarks , an Gemüts- oder Geistesstörungen, z.B. Depressionen, Epilepsie, Krämpfen, Schwindel; Bettnässen; Ohnmachten; Lähmungen; häufigen oder anfallsartigen Kopfschmerzen; Sprachstörungen?	
1.2.6	- der Augen , z.B. Herabsetzung der Sehschärfe (wenn Brillen- oder Kontaktlinsenträger, Stärke der Gläser angeben); Korrekturlinsen; Laseroperation; Farbenschwäche; häufigen Bindehautentzündungen?	

1.2.7	- der Ohren , z.B. Mittelohrentzündung, Ohrenfluss, Schwerhörigkeit? Haben Sie Arbeiten unter starker Lärmeinwirkung verrichtet?	
1.2.8	- der Haut , z.B. Ausschlag oder Flechte, Nesselfieber, Milchschorf, anderen allergischen Hauterscheinungen?	
1.2.9	- der Wirbelsäule, Knochen und Gelenke , z.B. Nacken- oder Rückenschmerzen, Hexenschuss, Ischias; Knochenbrüchen; Sportverletzungen? Wurde Ihnen orthopädisches Turnen verordnet?	
1.2.10	- der Lymphknoten, der 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; Typhus; Ruhr; Geschlechtskrankheiten?	
1.2.15	- an sonstigen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden , nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?	
1.2.16	Haben Sie eine gesundheitsbelastende Tätigkeit ausgeführt, die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen erfordert? Welche?	
1.3	Nehmen oder nahmen Sie Medikamente oder Drogen ? Welche?	
1.4	Sind Sie mit Medikamenten behandelt worden, die Herz, Kreislauf, Psyche oder Stoffwechselforgänge beeinflussen? Welche?	
1.5	Haben Sie durch einen Unfall Verletzungen (z.B. Gehirnerschütterung, Schädelbruch) erlitten? Haben Sie Vergiftungen erlitten? Welche, wann?	
1.6	Stehen oder standen Sie in nervenärztlicher/psychotherapeutischer Behandlung oder ist eine entsprechende Behandlung vorgesehen?	
1.7	Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?	

1.8	Sind Sie operiert worden? Ist eine Operation vorgesehen? Weswegen, wann?	
1.8.1	Wurden bei Ihnen besondere medizinisch-technische Untersuchungen durchgeführt (Röntgen, Ultraschall, Endoskopie oder andere bildgebende Verfahren)? Weswegen, wann?	
1.8.2	Wurden Sie mit Röntgenstrahlen oder sonstigen Strahlen behandelt? Weswegen, wann?	
1.9	Sind Sie in einem(r) Krankenhaus, Heilstätte, Sanatorium, Kuranstalt, Gesundheits- oder Versorgungsamt untersucht oder behandelt worden? Weswegen, wann?	
1.10	Sind Sie durch Ärztinnen/Ärzte, außer den bereits angegebenen, in den letzten 5 Jahren untersucht oder behandelt worden? Falls ja, weswegen?	
1.11	Bezogen, beziehen oder beantragen Sie eine Rente aufgrund gesundheitlicher Schäden oder verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit?	
1.12	Sind Sie bereits bei der Polizei, auch bei der Bundespolizei (ehemals Bundesgrenzschutz), bei der Bundeswehr oder bei einer sonstigen Behörde ärztlich untersucht worden? Wann, wo? Ergebnis bzw. Tauglichkeitsgrad?	
1.13	Wogegen wurden Sie bisher geimpft?	
1.14	Treiben Sie Sport (Leistungssport)? Welche Sportarten pflegen Sie?	
1.15	Rauchgewohnheiten und Trinkgewohnheiten mit Mengenangabe	

Wissentlich falsche Angaben und das Verschweigen auch von früheren Erkrankungen erfüllen den Tatbestand einer arglistigen Täuschung im Sinne von § 19 des Niedersächsischen Beamtengesetzes und können nach einer Einstellung zur Rücknahme der Ernennung führen.

Ich versichere, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht und nichts verschwiegen zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

Diesen Fragebogen zum Gesundheitszustand sowie alle ärztlichen Bescheinigungen und Befunde fügen Sie bitte in einem **verschlossenen Umschlag** – gekennzeichnet als „**Vertrauliche Arztsache**“ und mit **Absender** versehen – direkt an den **Regionalmedizinischen Dienst Göttingen, Groner Landstraße 51, 37081 Göttingen**.