

**Beilage „B1“ zum
Erlass für die körperliche Eignung**

„Polizeiärztlicher Fragebogen“

Fragebogen zur Erkrankungsvorgeschichte

Zuname:		Vorname:	
Geb. Datum:		Geschlecht:	M W
Wohnadresse:			
Größe:		Gewicht:	

Die nachstehenden Fragen sind wahrheitsgemäß zu beantworten. Bei einigen Fragen die mit "Ja" beantwortet werden, sind fachärztliche Befunde (nicht älter als drei Monate) erforderlich.

MEDIKAMENTENEINNAHME	ja	nein		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? (Bitte Namen und Menge angeben)				
KINDERKRANKHEITEN	ja	nein	weiß nicht	Jahr
Masern				
Mumps				
Röteln				
Feuchtblattern / Varizellen				
Scharlach				
Keuchhusten				
IMPFUNGEN	ja	nein	weiß nicht	Jahr
Rotavirus				
Diphtherie				
Tetanus				
Pertussis				
Poliomyelitis				
Haemophilus influenzae B				
Hepatitis A				
Hepatitis B				
Pneumokokken				
Masern, Mumps, Röteln (MMR)				
FSME				
Varizellen				
Menigokokken ACWY				
Menigokokken B				
Menigokokken C				
SARS-CoV-2 (COVID)				

OPERATIONEN	ja	nein	Jahr
Mandelopoperation			
Blinddarmoperation			
Leistenbruchoperation			
Sonstige (wenn ja, welche und wann?)			
VERLETZUNGEN	ja	nein	Jahr
Knochenbrüche (wenn ja, welche/r, wo und wann?)			
sonstige Verletzungen (wenn ja, welche u. wann? Ursache?)			
KURAUENTHALTE	ja	nein	Jahr
Waren Sie auf Kur oder Reha? (Wenn ja, wann, wo und warum?)			
ALLERGIEN:	ja	nein	Jahr
Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? (Wenn ja, welche?)			
STOFFWECHSELERKRANKUNGEN	ja	nein	Jahr
Diabetes			
Gicht, erhöhte Harnsäure			
Erkrankung der Schilddrüse			
Erhöhung der Blutfette			
Autoimmunerkrankungen			
NEUROLOGISCH & PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNGEN	ja	nein	Jahr
Epilepsie			
Anfallsgeschehen/Krampfanfälle			
Bewusstseinsstörungen			
Lähmungen			
Migräne			
Schlaganfall			
Multiple Sklerose (MS)			
Neuralgie, Nervenentzündung			
Depressionen, Angstzustände			
Schlafstörungen			
Nehmen Sie regelmäßig Beruhigungstabletten?			
Selbstmordversuch			

Waren Sie in psychiatr. Behandlung? (wenn ja, wann, wo, warum?)			
Haben Sie jemals Drogen genommen? (wenn ja, welche?)			
ERKRANKUNGEN DES HERZENS UND DER KREISLAUFORGANE	ja	nein	Jahr
Blutdruckerkrankungen (erhöhter oder niedriger Blutdruck)			
Wenn ja, in Behandlung?			
Herzinfarkt			
Durchblutungsstörungen			
Embolie			
angeborener Herzfehler			
andere Herzerkrankungen (wenn ja, welche?)			
ERKRANKUNGEN DER LUNGE	ja	nein	Jahr
Schlafapnoe			
Asthma			
chronische Bronchitis (COPD)			
Tuberkulose			
ERKRANKUNGEN DER VERDAUUNGSORGANE	ja	nein	Jahr
Chronische Erkrankungen der Zähne oder Mundhöhle (wenn ja, welche?)			
Chronische Erkrankung der Speiseröhre			
Akute oder chronische Gastritis			
Akutes oder chronisches Magengeschwür			
Akutes oder chronisches Zwölffingerdarmgeschwür			
Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn)			
Chronische Dickdarmentzündung (Colitis, Colitis ulcerosa)			
Lebererkrankung			
Hepatitis A, B, C, D, E			
Chronisches Gallenblasenleiden			
Bauchspeicheldrüsenerkrankung			
AUGENERKRANKUNGEN	ja	nein	Jahr
Kurzsichtigkeit:			
Dioptrienanzahl: links		rechts	
Weitsichtigkeit:			
Dioptrienanzahl: links		rechts	
Brillenträger			
Kontaktlinsenträger			
OKL-Linsen (Nachtlinse)			
Augenoperation			
chronische Augenerkrankung			
erhöhter Augendruck			

Grauer Star			
Nachtblindheit			
Farbenschwäche			
Farbenblindheit			
Gesichtsfeldeinschränkung			
HALS-, NASEN-, OHRENERKRANKUNGEN	ja	nein	Jahr
Schwerhörigkeit			
Chronischer Tinnitus			
Chronische Nasennebenhöhlenentzündung			
Chronische Mittelohrentzündung			
Heuschnupfen			
Hörsturz (wenn ja, Häufigkeit?)			
Wiederholt auftretende Angina (wenn ja, Häufigkeit?)			
HAUTERKRANKUNGEN	ja	nein	Jahr
Chronische Hauterkrankungen			
Hauttumore (wenn ja, wo, wann operiert?)			
Venenentzündung			
Thrombose			
Neurodermitis			
Psoriasis (Schuppenflechte)			
Hautallergien (wenn ja, welche und Symptome?)			
ERKRANKUNGEN DER HARN- UND GESCHLECHTSORGANE	ja	nein	Jahr
Nierenmissbildung			
Nierenentzündung jeglicher Art			
Nierensteine, Nierensand			
Nierenkolik			
chronische Harnblasenentzündung			
Verengung der Harnröhre/Probleme beim Urinieren			
Chronisches Bettnässen			
Geschlechtskrankheiten (wenn ja, wann, welche, Behandlung?)			
ERKRANKUNGEN DES BEWEGUNGSAPPARATES	ja	nein	Jahr
Chronische Gelenkentzündungen			
Wiederholte Gelenksverletzungen			
Wirbelsäulenerkrankungen bzw. -fehlstellungen			
Rheuma			
Bandscheibenvorfall			

Meniskus- oder Kreuzbandverletzung			
Sehnen- oder Bänderverletzung			
BLUTERKRANKUNGEN	ja	nein	Jahr
Anämie			
Leukämie			
Blutungsneigung			
Gerinnungsstörung			
chronische Infektionskrankheiten			
KREBSERKRANKUNGEN	ja	nein	Jahr
Haben Sie oder hatten Sie Krebs? (Wenn ja, welchen?)			
Strahlenbehandlung			
Chemotherapie			
ZUSATZFRAGEN FÜR MÄNNER	ja	nein	Jahr
chronische Entzündungen der Harnwege/Harnblase/Prostata			
Erkrankung der Hoden/Nebenhoden/Penis			
Leisten-/Hoden-/Samenstrang-/Wasserbruch			
Veränderungen od. schwere Erkrankungen des Urogenitalsystems			
ZUSATZFRAGEN FÜR FRAUEN	ja	nein	Jahr
Stehen Sie in regelmäßiger gynäkologischer Kontrolle?			
Wann war die letzte gynäkologische Kontrolle? (Jahr)			
chronische Entzündungen der ableitenden Harnwege/Harnblase			
Veränderungen od. schwere Erkrankungen des Urogenitalsystems			
Erkrankungen des inneren oder äußeren Genitales			
Endometriose			

FRAGEN ÜBER FAMILIENERKRANKUNGEN	ja	nein	Jahr
Sind in Ihrer Familie (Vater, Mutter, Großeltern, Geschwister) folgende Krankheiten vorgekommen?			
Tuberkulose			
Herzerkrankungen			
Steinleiden (Galle, Niere, Blase)			
Nerven-, Gemüts- und Geisteskrankheiten			
Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen)			
Blutdruckerkrankung			
Diabetes			
Krebs			
Epilepsie			
Selbstmordversuch			
Schlaganfall			
Rheuma			

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen oder Beschwerden, die bisher nicht aufgezählt wurden? Wenn ja, welche, seit wann?

Die Angaben über meine Vorgeschichte und derzeitigen Beschwerden habe ich wahrheitsgetreu gemacht.