

Polizei(amts)ärztlicher Fragebogen zur Erkrankungsvorgeschichte

Zu- und Vorname :

Geb. Datum :Titel :

Wohnadresse :

.....

GRÖSSE :

GEWICHT :

Sie werden ersucht, alle nachstehenden bisherigen Krankheiten, Operationen und Verletzungen in chronologischer Reihenfolge bekannt zu geben. Zutreffendes ist anzukreuzen und zu ergänzen.

Medikamenteneinnahme :

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ?

ja

nein

Wenn ja, welche (bitte Namen und Menge angeben)

.....

Kinderkrankheiten:

ja

nein

weiß nicht

- a) Masern
- b) Mumps
- c) Röteln
- d) Schafblattern
- e) Scharlach
- f) Keuchhusten

Operationen :

Jahr

- a) Mandeloperation
- b) Blinddarmoperation
- c) Leistenbruchoperation
- d) **Sonstige** (Angaben des Arztes, Operation u. Jahr)

.....

.....

.....

.....

.....

<u>Verletzungen :</u>		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Knochenbrüche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Art:.....

b)	Sonstige Verletzungen : (Ursache u. Jahr angeben)	ja	nein	weiß nicht	Jahr
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Art :

Kuraufenthalte :

Wann, wo und warum

.....

Allergien :

.....

Leiden oder litten Sie unter folgenden Krankheiten :

(Zutreffendes bitte ankreuzen, geben Sie das Jahr der Erkrankung und deren Beginn an)

<u>Stoffwechselerkrankungen :</u>		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
b)	Gicht, erhöhte Harnsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
c)	Erkrankung d. Schilddrüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
d)	Erhöhung d. Blutfette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....

Neurologische u. psychiatrische Erkrankungen :

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Krampfanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
	Anfallsgeschehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
	Bewusstseinsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
b)	Lähmungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
c)	Häufige Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
d)	Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
e)	Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
f)	Nervenwurzelentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
g)	Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
h)	Neuralgien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
i)	Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
j)	Waren Sie in psychiatrischer Behandlung ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Wenn ja, wann und wo :				
.....					
.					
k)	Nehmen sie regelmäßig Beruhigungstabletten ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
l)	Selbstmordversuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
m)	Haben Sie jemals Drogen genommen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
	Wenn ja, welche ?				
.....					

Erkrankungen des Herzens u. d. Kreislauforgane :

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	erhöhter Blutdruck in Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit..... seit.....
b)	Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
c)	Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
d)	Embolie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
e)	Angeborene Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
f)	Andere Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
g)	Venenentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
h)	Thrombosen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....

Erkrankung der Lunge :

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Lungenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
b)	chron. Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
c)	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
d)	Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....

Erkrankung der Verdauungsorgane :

		ja	nein	weiß nicht	Jahr
a)	Gastritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
b)	Leberleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
c)	chron. Leberentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
d)	Bauchspeicheldrüsenentzdg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
e)	wiederholt auftretendes Magengeschwür	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
f)	Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
g) wiederholt auftretendes Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
h) Gelbsucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
i) Gallenblasenleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
j) Magen/Darmblutungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....

Augenerkrankungen :

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) Kurzsichtigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
Dioptrienzahl links rechts		
b) Weitsichtigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
Dioptrienzahl links rechts		
c) Erhöhter Augendruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
d) Grauer Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
e) Brillenträger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
f) Kontaktlinsenträger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
g) Nachtblindheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
h) Farbenschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
i) Farbenblindheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....

Hals-, Nasen-, Ohrenerkrankungen :

a) Eitrige Angina	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> häufig
	ja	nein	weiß nicht	Jahr
b) Schwerhörigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
c) Ohrgeräusche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
d) Nasennebenhöhlenentzdg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
e) Mittelohrentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
f) Heuschnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....

Hauterkrankungen :

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) Hautallergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
b) Hauttumore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....

Wann operiert :

.....

c) **Tätowierungen:** seit: Monat Jahr

Größe, Sitz und Motiv angeben :

d) **Piercing :** seit: Monat Jahr

Größe, Sitz angeben:.....

Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane :

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) Harnblasenentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
b) Steinleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
c) Nierenbeckenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
d) Geschlechtskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....

Wo behandelt :

e) Nierenkolik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
----------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------

Erkrankungen des Bewegungsapparates :

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) Gelenkentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
b) Knochenbrüche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
c) Wirbelsäulenerkrankungen bzw. Fehlstellungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....

Bluterkrankungen :

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) Anämie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
b) Leukämie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
c) Blutungsneigungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
d) Lymphdrüsenkrebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....

Krebserkrankungen :

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....

Welche :

Behandlung m. Röntgenstrahlen :

Sind Sie bundesheer-tauglich :

Zusatzfragen bei Männern :

	ja	nein	weiß nicht	Jahr
a) Prostataerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....
b) Erkrankung der Hoden/ Nebenhoden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seit.....

