

**Ärztliches Gutachten
zur Beurteilung der Polizeidiensttauglichkeit**

über

Name: Vorname: geb.:

(In Druckschrift ausfüllen)

.....
(Wohnort, Straße und Haus-Nr.)

.....
(erlernter Beruf)

.....
(zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit)

Erklärung

Ich bin bereit, der/dem untersuchenden Polizeiärztin/Polizeiarzt alle Umstände zu offenbaren, die für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes bedeutsam sein können. Ich nehme zur Kenntnis, dass das Verschweigen bestehender Beschwerden und früherer Krankheiten die Entlassung aus dem Polizeidienst nach sich ziehen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass das anlässlich meiner Einstellung in den Polizeivollzugsdienst erstellte ärztliche Gutachten zur Beurteilung der Polizeidiensttauglichkeit mit allen Anlagen integraler Bestandteil der beim Ärztlichen Dienst der Polizei geführten Unterlagen ist und bei dienstrechtlichen Entscheidungen mit herangezogen werden kann.

Ich bin bereit, die für die Beurteilung benötigten ärztlichen Unterlagen, Befunde und Bescheinigungen zu beschaffen und der Polizeiärztin/dem Polizeiarzt zur Verfügung zu stellen. Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Polizeiärztin/der Polizeiarzt, falls nötig, weitere Auskünfte über frühere Erkrankungen oder Untersuchungen einholt und die zur Feststellung der Polizeidiensttauglichkeit nach der Polizeidienstvorschrift (PDV 300) notwendigen Untersuchungen sowie Laborlests durchführt. Ich bin darüber informiert, dass die Einstellungsbehörde ein Tauglichkeitszeugnis erhält, das die ärztliche Beurteilung „polizeidiensttauglich“ oder „polizeidienstuntauglich“ enthält.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Bewerberin/des Bewerbers, ggf. Vor- und Zunamen und Unterschriften der Personensorgeberechtigten)

**Vertrauliche Arztsache
1. Vorgeschichte**

Jede Frage ist einzeln zu beantworten, keine zu übergehen oder mit Strichen abzutun. Bei Platzmangel Ergänzungen auf besonderem Blatt beifügen.

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 Zellen 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, Embolie?	
1.2.2.	der Atmungsorgane, z.B. Tuberkulose, Rippen-(Brust-)fellentzündung, wiederholter oder länger andauernder Bronchitis, Asthma, Heuschnupfen oder anderen Allergien, Stirn- oder Kieferhöhlenvereiterung?	
1.2.3.	der Verdauungsorgane, z.B. Magenschleimhautentzündung, 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, erschwerten oder blutigem Harnlassen, Eihweißausscheidung, Hodenentzündungen oder Eierstockentzündungen?	
1.2.6.	des Gehirn- oder Rückenmarks, an Gemüts- oder Geistesstörungen, z.B. Depressionen, Epilepsie, Krämpfe, Schwindel, Bettnässen, Ohnmächten, Lähmungen, häufigen oder anfallsartigen Kopfschmerzen, Sprachstörungen?	

Vertrauliche Arztsache
1. Vorgeschichte

1.2.6.	der Augen, z.B. Herabsetzung der Sehschärfe (wenn Brillen- oder Kontaktlinsenträger, Stärke der Gläser angeben), Korrekturlinsen, Laseroperation, Farbenschwäche, häufigen Blindehautentzündungen?	
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, andere allergische 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 ausgeübt, 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 Beratung/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 und/oder andere bildgebende Verfahren)? Weswegen, wann?	
1.8.2.	Wurden Sie mit Röntgen- 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 fünf 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.	Wegen wurden Sie bisher geimpft?	
1.14.	Treiben Sie Sport (Leistungssport)? Welche Sportarten pflegen Sie?	
1.15.	Rauch- und Trinkgewohnheiten mit Mengenangabe	