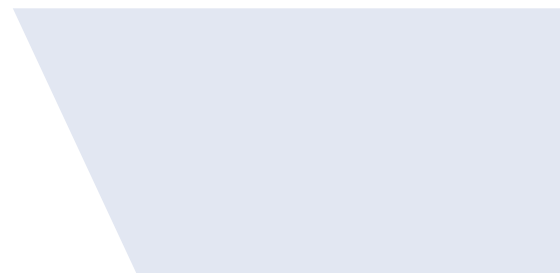
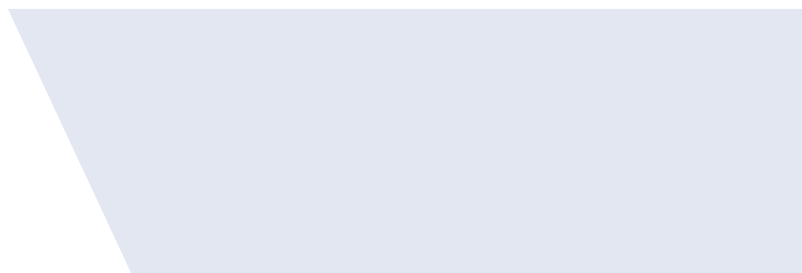


Polizeiärztlicher Fragebogen

Beilage „B1“ zum
Erlass für die körperliche Eignung



FRAGEBOGEN ZUR ERKRANKUNGSVORGESCHICHTE

Zuname	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht männlich weiblich
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

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? JA NEIN

Wenn ja, welche? (Bitte Namen und Menge angeben)

Hatten Sie eine dieser KINDERKRANKHEITEN?	JA	NEIN	WEISS NICHT	JAHR
Masern				
Mumps				
Röteln				
Feuchtblättern / Varizellen				
Scharlach				
Keuchhusten				
Haben Sie IMPFUNGEN erhalten?	JA	NEIN	WEISS NICHT	JAHR
Rotavirus				
Diphtherie				
Tetanus				
Pertussis				
Poliomyelitis				
Haemophilus influenzae B				
Hepatitis A				
Hepatitis B				
Masern, Mumps, Röteln (MMR)				
FSME				
Varizellen				

Haben Sie IMPFUNGEN erhalten?	JA	NEIN	WEISS NICHT	JAHR
Menigokokken ACWY				
Menigokokken B				
Menigokokken C				
SARS-CoV-2 (COVID)				
Hatten Sie OPERATIONEN?	JA	NEIN		JAHR
Mandeloperation				
Blinddarmoperation				
Leistenbruchoperation				
Sonstige (wenn ja, welche und wann?)				
Hatten Sie VERLETZUNGEN?	JA	NEIN		JAHR
Knochenbrüche (wenn ja, welche/r, wo und wann?)				
sonstige Verletzungen (wenn ja, welche u. wann? Ursache?)				
Hatten Sie KURAUFWENTHALTE?	JA	NEIN		JAHR
Waren Sie auf Kur oder Reha? (Wenn ja, wann, wo und warum?)				
Leiden Sie an ALLERGIEN?	JA	NEIN		JAHR
Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? (Wenn ja, welche?)				

Leiden Sie an STOFFWECHSELERKRANKUNGEN?	JA	NEIN	JAHR
Diabetes			
Gicht, erhöhte Harnsäure			
Erkrankung der Schilddrüse			
Erhöhung der Blutfette			
Autoimmunerkrankungen			
Leiden Sie an NEUROLOGISCHEN/ PSYCHIATRISCHEN 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?)			
Leiden Sie an ERKRANKUNGEN DES HERZENS/ DER KREISLAUFORGANE?	JA	NEIN	JAHR
Blutdruckerkrankungen (erhöhter oder niedriger Blutdruck)			
Wenn ja, in Behandlung?			
Herzinfarkt			
Durchblutungsstörungen			
angeborener Herzfehler			
andere Herzerkrankungen (wenn ja, welche?)			

Haben Sie HALS-, NASEN-, OHRENERKRANKUNGEN?	JA	NEIN	JAHR
Schwerhörigkeit			
Chronischer Tinnitus			
Chronische Nasennebenhöhlenentzündung			
Chronische Mittelohrentzündung			
Heuschnupfen			
Hörsturz (wenn ja, Häufigkeit?)			
Wiederholt auftretende Angina (wenn ja, Häufigkeit?)			
Leiden Sie an HAUTERKRANKUNGEN?	JA	NEIN	JAHR
Chronische Hauterkrankungen			
Hauttumore (wenn ja, wo, wann operiert?)			
Venenentzündung			
Thrombose			
Neurodermitis			
Psoriasis (Schuppenflechte)			
Hautallergien (wenn ja, welche und Symptome?)			
Haben Sie 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?)			

Haben Sie ERKRANKUNGEN DES BEWEGUNGSAPPARATES?	JA	NEIN	JAHR
Chronische Gelenkentzündungen			
Wiederholte Gelenksverletzungen			
Wirbelsäulenerkrankungen bzw. -fehlstellungen			
Rheuma			
Bandscheibenvorfall			
Meniskus- oder Kreuzbandverletzung			
Sehnen- oder Bänderverletzung			
Haben Sie BLUTERKRANKUNGEN?	JA	NEIN	JAHR
Anämie			
Leukämie			
Blutungsneigung			
Gerinnungsstörung			
chronische Infektionskrankheiten			
Haben Sie 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 Sind in Ihrer Familie (Vater, Mutter, Großeltern, Geschwister) folgende Krankheiten vorgekommen?	JA	NEIN	JAHR
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?**