



Hinweise zur amtsärztlichen Untersuchung

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Beantragung eines amtsärztlichen Zeugnisses zur Überprüfung der Prüfungsfähigkeit geben wir Ihnen nachfolgend einige Hinweise:

1. Erreichbarkeit des Gesundheitsamtes im Falle einer akuten Erkrankung

Im Falle einer akuten Erkrankung sollten Sie sich um einen sofortigen Untersuchungstermin beim amtsärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes Ahrweiler bemühen.

Da akute Erkrankungen nicht vorhersehbar sind, berücksichtigen Sie bitte, dass längere Wartezeiten entstehen können und planen Sie dies ein.

Die telefonische Anmeldung zur amtsärztlichen Untersuchung ist möglich unter der Telefon-Nr. 0 26 41 / 97 56 52 oder 97 56 66, und zwar in der Zeit von 7.30 bis spätestens 11.30 Uhr. Im Falle einer telefonischen Anmeldung nach 11.30 Uhr kann eine amtsärztliche Untersuchung am gleichen Tag nicht garantiert werden.

Sie erreichen uns auch unter der Fax-Nr. 0 26 41 / 97 5 699.

Sie können sich auch sofort persönlich im Gesundheitsamt Ahrweiler, Wilhelmstraße 59, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler, zur amtsärztlichen Untersuchung vorstellen. Hierzu melden Sie sich in Zimmer Nr. 108 (1. Obergeschoss) von Mo. – Fr. zwischen 8.00 – 11.30 Uhr an.

Wir weisen darauf hin, dass ein amtsärztliches Zeugnis nur ab dem Untersuchungstag/Krankheitstag selbst und nicht für einen zurückliegenden Zeitraum ausgestellt werden kann.

Sollten Sie bereits im Vorfeld der Klausuren erkrankt sein und sich bereits in ärztlicher Behandlung bzw. stationärer Krankenhausbehandlung befinden, ist es erforderlich, dass Sie den/die behandelnden Arzt/Ärzte gegenüber dem amtsärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes Ahrweiler von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht durch ausdrückliche Einverständniserklärung entbinden.

Hierzu erhalten Sie als Anlage 1 eine vorformulierte Erklärung.

2. Zur Untersuchung bringen Sie folgende Unterlagen mit:

1. diese Mitteilung
2. Personalausweis oder Reisepass
3. ärztliche Befunde und Röntgenaufnahmen, soweit vorhanden
4. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Anlage 1)
5. den ausgefüllten beiliegenden Fragebogen (als Anlage 2 beigelegt)

3. Gebühren

Die gutachtliche schriftliche Äußerung des Amtsarztes einschließlich der allgemeinen amtsärztlichen Untersuchung ist nach Ziffer 3.1.5 der Landesverordnung über die Gesundheitsverwaltung, Besonderes Gebührenverzeichnis vom 01.03.2002, GVBL. S. 131, kostenpflichtig. Die Gebühr in Höhe von **43,00 €** wird bei der Anmeldung zur Untersuchung fällig und ist durch **Barzahlung** an die Zahlstelle unseres Hauses zu begleichen. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass eine Bezahlung mit EC-Scheckkarte nicht möglich ist!

Für weitergehende diagnostische Untersuchungsverfahren (Untersuchung von Blut, Urin, Stuhl; EKG; Röntgen) werden zusätzliche Gebühren erhoben.

4. Rechtslage

Verlangt eine Prüfungsbehörde ein amtsärztliches Zeugnis, so ist dies die gebotene Form des Nachweises (BVerwG v. 6.8.1996 – 6 B 17/96-, DVBl. 1996, 1379 f.).

Allgemein gilt der Grundsatz: Wer die Anerkennung seiner Prüfungsunfähigkeit mittels amtsärztlichem Zeugnis geltend machen will, muss dem Amtsarzt die erforderlichen konkreten Angaben machen, d.h. die Art der Erkrankung offen legen.

Fragebogen

**Sehr geehrte Dame,
sehr geehrter Herr,**

vor der Untersuchung muß Sie die Ärztin oder der Arzt nach früheren Krankheiten und gegenwärtigen Beschwerden fragen. Richtige und vollständige Angaben sind eine wichtige Grundlage für die ärztliche Untersuchung und spätere Beurteilung. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen gewissenhaft zu beantworten und der Ärztin oder dem Arzt vor der Untersuchung auszuhändigen. Bitte bringen Sie eventuell bei Ihrer Hausärztin oder bei Ihrem Hausarzt vorhandene Befundberichte zum Untersuchungstermin mit. Für Ihre Mitwirkung bedanken wir uns im voraus.

**Ihre Kreisverwaltung Ahrweiler
- Abteilung Gesundheitswesen -**

Soweit Kästchen vorhanden sind, beantworten Sie die Fragen bitte durch Ankreuzen.

| | | | |
|---------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zum Beispiel: | ja | ich weiß nicht | nein |
| | ↓ | ↓ | ↓ |
| Heuschnupfen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Das Kästchen "ich weiß nicht" sollten Sie nur dann ankreuzen, wenn Sie sich auch nach reiflicher Überlegung nicht zwischen "ja" und "nein" entscheiden können.

A. Familienvorgeschichte:

Gab es in Ihrer Familie eine der folgenden Krankheiten? (als Familienangehörige gelten hier Großeltern, Eltern, Geschwister und Kinder):

| | ja | ich weiß nicht | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hoher Blutdruck Wenn ja, wer? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Schlaganfall Wenn ja, wer? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Herzinfarkt Wenn ja, wer? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Diabetes Wenn ja, wer? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Lungentuberkulose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Krebs Wenn ja, wer? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. Eigene Vorerkrankungen:

| | ja | ich weiß nicht | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Stirnhöhlenentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kieferhöhlenentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mandelentzündungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Allergische Reaktionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Lungenentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Rippenfellentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Lungentuberkulose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Herzbeschwerden (Engegefühl in der Brust) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Sonstige Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Magengeschwür | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Zwölffingerdarmgeschwür | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | ja | ich weiß nicht | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Gelbsucht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Gallensteine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Nierensteine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Nierenentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Nierenbeckenentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Blasenentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Häufige Kreuzschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Ischias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Gelenkerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Gicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Krampfadern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Thrombose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Venenentzündungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Embolie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Hauterkrankungen Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Epilepsie (Krampfanfälle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Bei Männern: Vergrößerung der Vorsteherdrüse (Prostatahypertrophie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Bei Frauen: Gebärmutterentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Eierstock- oder Eileiterentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Hatten Sie schon einmal einen Knochenbruch? Wenn ja, welcher Art? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wann? (Jahr): _____ | | |
| Hatten Sie schon einmal einen Unfall? Wenn ja, welcher Art? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wann? (Jahr): _____ | | |

| | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | ↓ | ↓ |
| Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, woran? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wann? (Jahr): _____ | | |
| Hatten Sie Krankheiten, nach denen vorstehend nicht gefragt wird? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waren Sie schon einmal in stationärer Behandlung? Wenn ja, weshalb? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wo? _____ | | |
| Wann? (Jahr): _____ | | |
| Waren Sie schon einmal in einem Sanatorium oder Kurklinik? Wenn ja, weshalb? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wo? _____ | | |
| Wann? (Jahr): _____ | | |
| Nehmen Sie in letzter Zeit Medikamente (außer Antibabypille) ein? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| _____ | | |
| <u>Anschrift Ihrer Hausärztin / Ihres Hausarztes:</u> _____ _____ | | |

| | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | ↓ | ↓ |
| 12. Herzbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Beschwerden im Rücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Beschwerden in der Armen/Beinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Beschwerden in den Händen/Füßen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Beschwerden beim Essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Brechreiz/Erbrechen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Wetterfühligkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Beschwerden im Bauch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Beschwerden oder Veränderungen beim Stuhlgang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Beschwerden in der Nierengegend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Beschwerden oder Veränderungen beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Beschwerden im Bereich der Geschlechtsorgane | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, was und wieviel? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| _____ | | |
| Rauchen Sie (Zigaretten, Pfeife, Zigarren)? Wenn ja, wieviel? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| _____ | | |
| Nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wieviel? _____ | | |
| _____ | | |

C. Leiden Sie gelegentlich unter:

| | ja | nein |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ↓ | ↓ |
| 1. Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Schwindelgefühlen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Augenbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Halsbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nasenbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ohrenbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Beschwerden am Mund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Beschwerden an den Zähnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Atemnot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Husten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Beschwerden in der Brust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | ↓ | ↓ |
| Haben Sie sonstige Beschwerden? Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

D. Erklärung:

| | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | ↓ | ↓ |
| 1. Sind Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt durch unsere Abteilung für Gesundheitswesen ärztlich untersucht worden bzw. ist über Ihren Gesundheitszustand durch unsere Abteilung für Gesundheitswesen ein Zeugnis oder Gutachten erstellt worden? Wenn ja, sind Sie damit einverstanden, daß diese Unterlagen zu der jetzt anstehenden Zeugnis-/Gutachtenerteilung herangezogen werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich bin damit einverstanden, daß der Inhalt des amtsärztlichen Zeugnisses/Gutachtens der anfordernden Stelle mitgeteilt wird (entfällt, wenn Sie selbst Adressatin oder Adressat sind). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich versichere, daß die von mir gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und daß keine Angaben verschwiegen wurden.

_____, den _____

Unterschrift: _____

Name, Vorname:

Wohnort:

Datum:

Geburtsdatum:

Straße:

Entbindung von der ärztlichen/therapeutischen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich _____
von der ärztlichen/therapeutischen Schweigepflicht. Ich bin mit der Überlassung von Unterlagen einschließlich Röntgenaufnahmen, sowie der Erteilung von Auskünften über

- meine bisherigen Behandlungen, Erkrankungen und meinen Gesundheitszustand
- die bisherigen Behandlungen, Erkrankungen und den Gesundheitszustand meines Kindes _____ geb. am: _____
- an die Kreisverwaltung Ahrweiler - Abteilung 2.6 - Gesundheitsamt -
- an _____

einverstanden.

Unterschrift:
