



## Fragebogen zum Gesundheitszustand

Sehr geehrte Bewerberin, sehr geehrter Bewerber!

Der Polizeivollzugsdienst stellt besondere Anforderungen an die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit sowie an die seelische Belastbarkeit. Die gesundheitliche Eignung für den Polizeivollzugsdienst ist deshalb nach besonderen Maßstäben, wie sie sich aus der Polizeidienstvorschrift (PDV) Nr. 300 ergeben, zu beurteilen. Diese Vorschrift führt z.B. Vorerkrankungen und Anfälligkeiten auf, die eine Verwendung im Polizeivollzugsdienst ausschließen.

Sie werden gebeten, **freiwillig** ärztliche Unterlagen und eine Erklärung über zurückliegende Erkrankungen zur Erleichterung des Auswahlverfahrens einzureichen. Fehlende oder unvollständige Unterlagen sind geeignet, Bedenken hinsichtlich ausreichender Tauglichkeit zu begründen. Diese Bedenken können zur Nachforderung von für Sie kostenpflichtigen Facharztbefunden führen.

Ich weise darauf hin, dass wissentlich falsche Angaben und das Verschweigen von zurückliegenden Erkrankungen den Tatbestand einer arglistigen Täuschung im Sinne von § 12 des Beamtenstatusgesetzes erfüllen und nach einer Einstellung zur Rücknahme der Ernennung führen können.

Ihrer Bewerbung fügen Sie bitte bei:

1. diese Erklärung über Vorerkrankungen, Verletzungen und ärztliche Behandlungen,
2. die hausärztliche Bescheinigung über die Krankheiten der letzten drei Jahre,
3. Befunde über Untersuchungen / Behandlungen durch Gebietsärzte (z.B. Arzt für Orthopädie) oder in Krankenhäusern,
4. sofern Sie Brillen- oder Kontaktlinsenträger sind, eine augenärztliche Bescheinigung über
  - den Rohvisus
  - die Sehleistung
  - die Korrekturstärken
  - (bei Plus-Gläsern objektive Refraktion in Cycloplegie)
  - das Farbenunterscheidungsvermögen
  - (bei Farbschwäche Angabe des Anomalquotienten)
  - das intakte räumliche Sehen in Winkelsekunden
  - Dämmerungssehen mit und ohne Blendung
  - Perimetrie

Alle Ihren Gesundheitszustand betreffenden Unterlagen werden ausschließlich zur Prüfung und Feststellung der Polizeidiensttauglichkeit verwandt.

Ihnen entstehende Kosten können nicht übernommen werden.

## Selbstauskunft zur Beurteilung der gesundheitlichen Eignung für den Polizeivollzugsdienst

Name

Vorname

geb.

PLZ, Wohnort

Str., Nr.

Beantworten Sie bitte **jede Frage** einzeln und nehmen Sie keine Streichungen vor.  
Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte die Ergänzungen auf einem besonderen Blatt bei.

1.	Sind bei <b>Eltern, Geschwistern</b> oder nahen Verwandten Tuberkulose, Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck, Nerven- oder Gemütskrankheiten, Freitod vorgekommen? Welche, bei wem ?	
2.	Leiden oder litten Sie an Krankheiten, Störungen und Beschwerden:	In den folgenden Spalten ist anzugeben: Welche ? Wann ? Behandelnder Arzt ?
2.1	<b>des Herzens oder der Kreislauforgane</b> , z.B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Atemnot bei Anstrengungen, Herzschmerzen, erhöhtem oder zu niedrigem Blutdruck, Venenentzündungen, Embolie?	
2.2	<b>der Atmungsorgane</b> , z.B. Tuberkulose, Rippen- (Brust-) fellentzündung, wiederholter oder länger andauernde Bronchitis, Heuschnupfen, Asthma, Stirn- oder Kieferhöhlenvereiterung?	
2.3	<b>der Verdauungsorgane</b> , z.B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmbluten, Leber- oder Gallenblasenleiden, Gelbsucht, Stuhlverstopfung?	
2.4	<b>der Harnorgane</b> , z.B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, erschwertem oder blutigem Harnlassen, Eiweißausscheidung?	
2.5	<b>des Gehirns oder Rückenmarks</b> , an Gemüts- oder Geistesstörungen, z.B. Epilepsie, Krämpfen, Ohnmachten, Lähmungen, Bettnässen, Schwindel, häufigen Kopfschmerzen, Sprachstörungen?	
2.6	<b>der Augen</b> , z.B. Farbschwäche, häufige Bindehautentzündung? Brillen- oder Kontaktlinsenträger bitte Bescheinigung beifügen (siehe Ziffer 4 der 1.Seite).	
2.7	<b>der Ohren</b> , z.B. Mittelohrentzündung, Ohrenfluß, Schwerhörigkeit? Haben Sie Arbeiten unter starker Lärmeinwirkung verrichtet?	
2.8	<b>der Haut</b> , z.B. Ausschlag oder Flechte, Nesselfieber, Milchschorf?	

2.9	<b>der Wirbelsäule, Knochen und Gelenke</b> , z.B. Nacken- oder Rückenschmerzen, Hexenschuß, Ischias, Knochenbrüche?	
2.10	<b>der Drüsen (auch Hals- und Hilus), der Milz, des Blutes?</b>	
2.11	<b>an Stoffwechselkrankheiten</b> , z.B. Zuckerkrankheit, Funktionsstörungen der Schilddrüse, Gicht?	
2.12	<b>an Geschwülsten</b>	
2.13	<b>an Gelenkrheumatismus?</b> mit oder ohne Herzbeteiligung	
2.14	<b>an ansteckenden Krankheiten</b> , z.B. Tuberkulose, Kinderlähmung, Diphtherie, Scharlach, Gelbsucht, Geschlechtskrankheiten, Typhus, Ruhr?	
2.15	<b>an sonstigen Krankheiten</b> , körperlichen Fehlern oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?	
3.	<b>Nahmen oder nehmen Sie</b> regel- oder gewohnheitsmäßig Medikamente? Welche?	
3.1	<b>Sind Sie Raucher?</b> Tagesmenge und Art?	
3.2	Nahmen oder nehmen Sie regel- oder gewohnheitsmäßig Drogen? Alkohol?	
4.	Sind Sie mit Herzmitteln, blutzucker- oder blutdrucksenkenden Mitteln behandelt worden oder wurde eine Schockbehandlung durchgeführt? Welche? Wann?	
5.	Haben Sie <b>Unfälle</b> (z.B. Gehirnerschütterung, Schädelbruch), Verletzungen oder Vergiftungen erlitten? Welche? Wann?	
6.	Bezogen, beziehen oder beantragen Sie eine Rente? (Unfall-, Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits-, Versorgungsrente?) Art des Rentenleidens lt. Rentenbescheid und Minderung der Erwerbsfähigkeit in %?	
7.	Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?	
7.1	Standen Sie in nervenärztlicher Behandlung?	
8.	Sind Sie operiert worden? Weswegen, wann?	
8.1	Wurde bei Ihnen eine Röntgenuntersuchung durchgeführt? (z.B. des Magens, der Lunge) Ergebnis?	

8.2	Wurden Sie mit Röntgen- oder sonstigen Strahlen behandelt? Weswegen? Wann?	
9.	Sind Sie in einem(r) Krankenhaus, Heilstätte, Sanatorium, Kuranstalt, Lungenfürsorgestelle oder Versorgungsamt untersucht oder behandelt worden? Weswegen? Wann? Wo?	
10.	Durch welche Ärzte, außer den bereits angegebenen, sind Sie in den letzten drei Jahren behandelt worden? Namen und Anschriften angeben!	
11.	Sind Sie bereits bei der Polizei, beim Bundesgrenzschutz oder bei der Bundeswehr oder einer sonstigen Behörde ärztlich untersucht worden? Ergebnis (Tauglichkeitsgrad), wann, wo?	
12.	Wogegen wurden Sie bisher geimpft?	

Wissentlich falsche Angaben und das Verschweigen auch von früheren Erkrankungen erfüllen den Tatbestand einer arglistigen Täuschung im Sinne von § 19 des Niedersächsischen Beamtengesetzes und können nach einer Einstellung zur Rücknahme der Ernennung führen.

Ich versichere, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht und nichts verschwiegen zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

Diesen Fragebogen zum Gesundheitszustand sowie alle ärztlichen Bescheinigungen und Befunde fügen Sie bitte in einem verschlossenen Umschlag - gekennzeichnet als "Vertrauliche Arztsache " und mit Ihrem Namen, Vornamen und Geburtsdatum versehen - den anderen Bewerbungsunterlagen bei.