

Dr. med. Peter Ohlert
Facharzt für Innere Medizin
Sportmedizin * Verkehrsmedizin
Medizinische Begutachtung

Fongern 10

41334 Nettetal – Breyell

✉ Drs. Ohlert * Fongern 10 * 41334 Nettetal ✉

☎ 0 21 53 / 95 27 01

📠 0 21 53 / 95 27 17

@ gutachten@ohlert.org



Fragebogen zur Vorbereitung der fachärztlichen Begutachtung

Sehr geehrte Dame,
sehr geehrter Herr,

in Vorbereitung Ihrer Begutachtung bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen gründlich und gewissenhaft auszufüllen. Bitte bringen Sie ihn zur Begutachtung mit, er verbleibt dann bei unseren Akten.

Wir empfehlen, die Fragen stichwortartig zu beantworten. Sollte der zur Verfügung stehende Raum für die Antwort im Einzelfall einmal nicht reichen, so fügen Sie bitte ein zusätzliches Blatt bei. Eine etwaige Beantwortung von Fragen mit dem Hinweis „siehe Akten“ bitten wir im eigenen Interesse zu vermeiden. Sinn dieses Fragebogens ist es nämlich, einen aktenunabhängigen Überblick über Ihre Leiden zu erhalten, um sicherzustellen, dass eventuell relevante Leiden, die nicht aktenkundig sind, angemessene Berücksichtigung finden können.

Für Ihre Bemühungen danke ich Ihnen ganz herzlich.

1. Krankenhausaufenthalte

Listen Sie bitte Ihre Krankenhausaufenthalte möglichst vollzählig mit der entsprechenden Jahreszahl und einem Stichwort zum Grund des Krankenhausaufenthaltes auf:

Jahr	Krankenhaus	Grund des Aufenthaltes

2. Sonstige bekannte Erkrankungen

Wir bitten Sie, gesicherte medizinische Diagnosen – behandelt oder unbehandelt – aufzuzählen. Hiermit sind nicht die subjektiven Beschwerden, sondern lediglich die Erkrankungsbezeichnungen erfragt. Bitte beschränken Sie sich auf diejenigen Erkrankungen, die zurzeit noch relevant sind.

Diagnose	Jahr der Erstdiagnose

Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie momentan in welcher Dosis ein?

Name des Medikamentes	Anzahl Tabletten		
	morgens	mittags	abends
Tabellenfortsetzung Seite 3 oben			

Halten Sie Diät?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja: Was und wie viel (pro Tag)?

Gewichtszu- oder –abnahme in den letzten 24 Monaten?

☐ Zunahme

☐ Abnahme

Wenn ja: Wie viel kg?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja: Was und wie viel (pro Woche)?

Wie häufig haben Sie im allgemeinen Stuhlgang?

Gibt es Stuhlnregelmäßigkeiten?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja: Welche?

Wie häufig lassen Sie im allgemeinen Wasser pro Tag?

Müssen Sie regelmäßig nachts Wasserlassen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie häufig pro Nacht?

--

3. Beruflicher Werdegang

Wann haben Sie welche Berufsausbildung (z. B. Lehrberuf) absolviert?

Berufsausbildung	Jahr

Wann haben Sie welche beruflichen Tätigkeiten versehen?

von:	bis:	Tätigkeit als:

Sind Sie momentan berufstätig? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Tätigkeit?

--

Welche Arbeitsunfähigkeitszeiten bestanden in den letzten 12 Monaten?

(Angabe der Summe der Tage bzw. Wochen)

Welche Krankheit hat hierzu geführt?

Krankheit	Dauer

Sind Sie anerkannt berufs- oder erwerbsunfähig, d. h. beziehen Sie Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente? ☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**: Seit wann? _____

Welches Leiden hat dazu geführt?

Wenn **nein**: Antragstellung ☐ ja ☐ nein

Beziehen Sie sonstige Renten? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Welche?

Ist Ihnen ein Grad der Behinderung zuerkannt worden?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Wie hoch?

Hat Ihr Behinderten-Ausweis ein Merkzeichen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Welches?

☐ G ☐ aG ☐ H ☐ BI ☐ RF

4. Jetzige Beschwerden

Bitte schreiben Sie stichwortartig Ihre jetzigen gesundheitlichen Beschwerden auf. Hier ist keine Aufzählung der Diagnosen, sondern der subjektiven Beeinträchtigungen erfragt.

Beispiel: Die Erkrankung „Bluthochdruck“ ist keine Beschwerde, sondern eine Diagnose. Sie müsste dementsprechend unter Punkt 2 aufgeführt werden. Führt diese Erkrankung jedoch z. B. zu Kopfschmerzen, sind diese hier aufzuführen. Versuchen Sie bitte – wenn möglich – Ihre Beschwerden entsprechend der unten genannten Gliederung aufzuführen.

1. Beschwerde

Seit wann? _____

Beschreibung: _____

2. Beschwerde

Seit wann? _____

Beschreibung: _____

3. Beschwerde

Seit wann? _____

Beschreibung: _____

Bitte bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift