

## **Polizeiärztliche Vorauswahl**

Um in die Laufbahngruppe 2, zweites Einstiegsamt (ehemals höherer Dienst) der Polizei des Landes Nordrhein-Westfalen eingestellt werden zu können, müssen Sie besonderen physischen und psychischen Anforderungen entsprechen.

Deshalb wird Ihre gesundheitliche Eignung im Rahmen eines umfangreichen medizinischen Untersuchungsverfahrens und einer polizeiärztlichen Untersuchung von einer Polizeiärztin/einem Polizeiarzt festgestellt.

Um bereits im Vorfeld aufgrund Ihrer persönlichen "Krankheitsgeschichte" prüfen zu können, ob einer Einstellung Hindernisse entgegenstehen, bitten wir Sie, sämtliche Vordrucke sorgfältig auszufüllen und zu übersenden.

### **Vordrucksatz**

Der Vordrucksatz umfasst 11 Druckseiten und besteht aus diesem Deckblatt und den nachfolgend aufgeführten Anlagen, die durchgehend nummeriert sind.

Formular 1: Persönliche Daten/Erklärung zum medizinischen Auswahlverfahren/Vertrauliche Arztsache

Formular 2: Eigene Angaben

Formular 3: Vorgeschichte

Formular 4: Bescheinigung des Hausarztes oder des behandelnden Arztes inklusive Vordruck "Wichtige Informationen zu Formular 4"

Formular 5: Augenärztlicher Befundbericht (nur falls erforderlich - siehe Hinweis Formular 5)

# Formular 1 - Erklärung zum medizinischen Auswahlverfahren

Name: ..... Geburtsdatum: .....

Vorname: .....

Straße Hausnr.: .....

PLZ Wohnort: .....

Erlerner Beruf .....

Zurzeit ausgeübte  
Berufstätigkeit: .....

---

Ich bin bereit, der untersuchenden Polizeiärztin/dem untersuchenden 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 polizeiärztlichen Dienst geführten Unterlagen ist und bei dienstrechtlichen Entscheidungen mit herangezogen werden kann. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten der ärztlichen Untersuchung sowie der damit verbundenen Testergebnisse zum Zwecke der Eingehung eines Dienstverhältnisses erhoben und im Rahmen des Personalauswahlverfahrens von der zuständigen Stelle bearbeitet werden dürfen.

Ich bin bereit, die für die Beurteilung benötigten ärztlichen Befunde und Unterlagen zu beschaffen und der Polizeiärztin/dem Polizeiarzt zur Verfügung zu stellen. Die Angaben zur Vorgeschichte wurden von mir nach bestem Wissen gemacht. Ich nehme zur Kenntnis, dass vorsätzlich unzutreffende Angaben zum Ausschluss aus dem Auswahlverfahren führen können.

.....

Ort, Datum

Unterschrift mit Vor- und Zuname

## Formular 2 - Eigene Angaben

Name: ..... Geburtsdatum: .....

Vorname: .....

Ja      Nein

Tragen Sie eine Sehhilfe?

(Falls ja, bitte Formular 5 durch eine Augenärztin/einen Augenarzt ausfüllen lassen.)

Besteht bei Ihnen eine Farbsinnstörung?

(Falls ja, bitte Formular 5 durch eine Augenärztin/einen Augenarzt ausfüllen lassen.)

Besteht bei Ihnen eine sonstige körperliche Behinderung?

Wenn ja, Art der Behinderung:

.....  
.....

Sind Sie zurzeit in kieferorthopädischer Behandlung oder ist eine derartige Behandlung vorgesehen?

Falls ja, ist eine Einladung zum Auswahlverfahren erst nach Abschluss der Behandlung möglich.

.....

Ort, Datum, Unterschrift

**Formular 3 - Medizinische Vorgeschichte** (beginnend mit dem Tag Ihrer Geburt) Vertrauliche Arztsache

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Vorname: .....

**Bitte beantworten Sie jede Frage einzeln**, übergehen Sie keine Frage und füllen keine Frage mit Strichen aus.

1.1	Sind bei Eltern, Geschwistern oder anderen nahen Verwandten Tuberkulose, Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck, Nerven- oder Gemütskrankheiten oder Selbsttötungen vorgekommen? Welche? Bei wem?	
1.2	<b>Leiden oder litten Sie an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden:</b>	In den folgenden Spalten ist anzugeben: Welche? Wann? Behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt mit Anschrift
1.2.1	<b>des Herzens oder der Kreislauforgane,</b> z. B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Herzschmerzen, Atemnot bei Anstrengungen, erhöhter oder zu niedriger Blutdruck, Venenentzündungen, Krampfadern, Embolie?	
1.2.2	<b>der Atmungsorgane,</b> z. B. Tuberkulose, Rippen-/ Brustfellentzündung, wiederholte oder länger anhaltende Bronchitis, Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien, Stirn- oder Kieferhöhlenvereiterung?	
1.2.3	<b>an anderen Allergien,</b> z. B. Nahrungsmittelallergie, Medikamentenallergie, allergische Reaktion auf Insektenstiche?	
1.2.4	<b>der Verdauungsorgane,</b> z. B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leber- oder Gallenblasenleiden, Gallensteine, Gelbsucht, Stuhlverstopfung, Durchfälle?	

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Vorname: .....

1.2.5	<b>der Harn- und Geschlechtsorgane,</b> z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Nierensteine, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, erschwertes oder blutiges Harnlassen, Eiweiß- ausscheidung im Harn, Hodenent- zündungen oder Eierstockent- zündungen?	
1.2.6	<b>des Gehirns oder des Rückenmarks, Gemüts- oder Geistesstörungen, neurologische Erkrankungen,</b> z. B. Depressionen, Epilepsie, Krampf- anfälle, Schwindel, Bettnässen, Ohn- machten, Lähmungen, Migräne, häufige Kopfschmerzen, Sprachstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit (Hyperaktivitäts-)Störung, einer Ess- störung wie Anorexie, Bulimie o. ä.?	
1.2.7	<b>der Augen,</b> z. B. Herabsetzung der Sehschärfe (wenn Sie eine Brille oder Kontaktlinsen tragen: bitte Stärke der Gläser angeben), Farbsehschwäche, häufige Bindehautentzündungen? <b>Wurden Sie schon einmal an den Augen operiert (z.B. Laseroperation)?</b>	
1.2.8	<b>der Ohren</b> z. B. Mittelohrentzündung, Ohrenfluss, Schwerhörigkeit, Ohrengeräusche (Tinnitus), Hörsturz? Haben Sie Arbeiten unter starkem Lärm verrichtet?	
1.2.9	<b>der Haut,</b> z. B. Ausschlag oder Flechte, Nesselfieber, Milchschorf, Neurodermitis, Ekzem, Hautpilze, andere allergische Hauter- scheinungen?	
1.2.10	<b>der Wirbelsäule, Knochen und Gelenke,</b> z. B. Nacken- oder Rückenschmerzen, Hexenschuss, Ischias, Knochenbrüche, Sportverletzungen? Wurde Ihnen Krankengymnastik, ortho- pädisches Turnen oder andere Arten von Physiotherapie oder Massagen verordnet?	

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Vorname: .....

1.2.11	<b>der Lymphknoten, der Milz, des Blutes?</b>	
1.2.12	<b>an Stoffwechselkrankheiten,</b> z. B. Zuckerkrankheit, Funktionsstörungen der Schilddrüse, Gicht?	
1.2.13	<b>an Geschwülsten?</b>	
1.2.14	<b>an Gelenkrheumatismus?</b> Mit oder ohne Herzbeteiligung?	
1.2.15	<b>an ansteckenden Krankheiten,</b> z. B. Tuberkulose, Kinderlähmung, Diphtherie, Scharlach, Gelbsucht, Typhus, Ruhr, Geschlechtskrankheiten?	
1.2.16	<b>an sonstigen Krankheiten,</b> z. B. körperlichen Fehlern oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?	
1.2.17	Haben Sie eine gesundheitsbelastende Tätigkeit ausgeführt, die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen erfordert? Welche?	
1.3	Nahmen oder nehmen Sie regelmäßig oder gewohnheitsmäßig Medikamente oder Drogen? Welche?	
1.4	Sind Sie mit Medikamenten behandelt worden, die Herz, Kreislauf, Blutdruck oder Stoffwechselforgänge beeinflussen? Welche?	
1.5	Haben Sie durch einen Unfall Verletzungen (z.B. Gehirnerschütterung, Schädelbruch) erlitten? Haben Sie Vergiftungen erlitten? Welche? Wann?	

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Vorname: .....

1.6	Stehen oder standen Sie in nervenärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung oder in psychologischer Beratung oder ist eine entsprechende Beratung/Behandlung vorgesehen?	
1.7	Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?	
1.8.	Sind Sie schon einmal operiert worden? Weswegen? Wann?  Ist eine Operation vorgesehen? Weswegen? Wann?	
1.8.1	Wurden bei Ihnen besondere medizinisch-technische Untersuchungen durchgeführt, z. B. Röntgen, Kernspintomographie, 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? Wo?	
1.10	Durch welche Ärztinnen/Ärzte, außer den bereits angegebenen, sind Sie in den letzten 3 Jahren behandelt worden?  Namen und Anschrift angeben!	

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Vorname: .....

1.11	Bezogen, beziehen oder beantragen Sie eine Rente?	
1.12	Sind Sie bereits bei der Polizei eines Bundeslandes, bei der Bundespolizei, bei der Bundeswehr oder einer sonstigen Behörde ärztlich untersucht worden? Wann, wo und mit welchem Ergebnis- bzw. Tauglichkeitsgrad?	
1.13	Wogegen wurden Sie bisher geimpft?	
1.14	Treiben Sie Sport (Leistungssport)? Welche Sportarten pflegen Sie?	
1.15	Bitte mache Sie Angaben zu Ihren Rauch- und Trinkgewohnheiten mit Mengenangabe.	

Tragen Sie bitte in der ersten Spalte die Randnummer ein, zu der Sie Ergänzungen machen möchten (gegebenenfalls weiteres Blatt einfügen).

Nr.            Ergänzungen




## Formular 4 - Bescheinigung der ärztlichen Behandlungen

Bewerberinnen/Bewerber für den Polizeivollzugsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen haben gemäß den Einstellungsrichtlinien eine Bescheinigung **über Dauer und Art aller Erkrankungen innerhalb der letzten drei Jahren** einzureichen. Für diese Zeit ist eine lückenlose Bescheinigung der ärztlichen Behandlungen mit Angabe der Diagnosen erforderlich. Bei Behandlungen durch mehrere Ärztinnen/Ärzte in dieser Zeit muss von allen die Bescheinigung nach folgendem Muster ausgefüllt werden.

Frau/Herr .....  
 (Name) (Geburtsdatum)  
 .....  
 (Vorname) (Wohnort)

**ist/war vom ..... bis .....**

bei mir in ärztlicher Betreuung und war in den letzten drei Jahren bzw. in dieser Zeit wie folgt erkrankt:

**Bitte hier Klartext eintragen, keine Abkürzungen, Kennziffern oder Verschlüsselungen!**

	vom	bis	Art der Erkrankung
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Ggf. Beiblatt benutzen!

..... (Stempel) .....  
 Ort, Datum Unterschrift der Ärztin/des Arztes

## K ]W h[ Y' bZfa U]cbYb`ni Formular (

Bewerberinnen/Bewerber für den Polizeivollzugsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen haben gemäß den Einstellungsrichtlinien eine Bescheinigung **über Dauer und Art aller Erkrankungen innerhalb der letzten drei Jahre** einzureichen. Für diese Zeit ist eine lückenlose Bescheinigung der ärztlichen Behandlung mit Angabe der Diagnosen erforderlich. Bei Behandlungen durch mehrere Ärztinnen/Ärzte in dieser Zeit muss von allen die Bescheinigung ausgefüllt werden.

Bei festgestellten Allergien ist ein ärztlicher Befund über die Symptome und Behandlung (ggf. IgE und Prick-Test) beizufügen.

Nach Operationen sind grundsätzlich OP-Berichte einzureichen.

MRT- und CT-Aufnahmen bitte grundsätzlich als schriftlichen Befundbericht vom Radiologen vorlegen, Röntgenbilder der Wirbelsäule als Filmausdruck.

Alle eingereichten schriftlichen Befunde verbleiben in der Akte beim polizeiärztlichen Dienst und werden nicht wieder ausgehändigt.

**Sollte in den letzten drei Jahren keine ärztliche Behandlung durchgeführt worden sein, ist eine Bescheinigung der Krankenkasse vorzulegen, aus der hervorgeht, dass keine Krankenkassenleistungen erbracht worden sind.**

Wenn Sie in den letzten drei Jahren keine Ärztin/keinen Arzt aufgesucht haben, geben Sie bitte hierüber eine eidesstattliche Erklärung in Textform ab:

Erklärung:

.....  
.....  
.....  
.....

Ort, Datum, Unterschrift

# Formular 5 - Augenärztlicher Befundbericht

**Hinweis:** Nur falls Sie **Brillen-/Kontaktlinsträger** sind oder Ihnen aus anderen Gründen eine Minderung der Sehleistung oder eine Störung des Rot-Grün-Sehens bekannt ist, werden Sie gebeten, auf eigene Kosten eine Augenärztin/-arzt aufzusuchen und diesen Befundbericht ausfüllen zu lassen.

Dabei sind die Korrekturwerte der Augen immer mit Brille anzugeben.

## Augenärztlicher Befundbericht

für Frau/Herr .....  
(Name) (Geburtsdatum)  
.....  
(Vorname)

- 1. Sehschärfe für die Ferne:**
- | ohne Glas    | nach Korrektur mit Glas |               |
|--------------|-------------------------|---------------|
| rechts _____ | rechts _____            | Dioptr. _____ |
| links _____  | links _____             | Dioptr. _____ |
- 2. Sehschärfe für die Nähe:**
- | ohne Glas    | nach Korrektur mit Glas |               |
|--------------|-------------------------|---------------|
| rechts _____ | rechts _____            | Dioptr. _____ |
| links _____  | links _____             | Dioptr. _____ |

Bei Hyperopie Untersuchung in Zykloplegie rechts \_\_\_\_\_  
links \_\_\_\_\_

- 3. Farbensinn**  
geprüft nach Ishihara (Zutreffendes bitte ankreuzen):
- farbentüchtig  farbenuntüchtig

Diagnose: \_\_\_\_\_

- 4. Lichtsinn (Nykto-meter):**
- |   |                    |
|---|--------------------|
| Umfeldleuchtdichte: 0,032 cd/m <sup>2</sup> | Kontrast: 1: _____ |
| 0,1 cd/m <sup>2</sup>                       | Kontrast: 1: _____ |

- 5. Räumliches Sehen (Titmusringe):**  
Winkelsekunden \_\_\_\_\_

- 6. Ist eine Laserkorrektur durchgeführt worden?**  Ja  Nein

- 7. Sonstige Befunde/Diagnose:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

..... (Stempel) .....  
Ort, Datum Unterschrift der Ärztin/des Arztes