

Erklärung zum medizinischen Auswahlverfahren

Name

Vorname

Geburtsdatum

Erlerner Beruf

aktuelle Tätigkeit

X Ich erkläre ausdrücklich, (Unterschrift erforderlich)

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 Polizeivollzugsdienst 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.

Ich willige ein, dass der polizeiärztliche Dienst des LAFP NRW in meine Bewerbungs-, Untersuchungs-, Kranken- und Musterungsakten Einsicht nehmen kann. Ich entbinde die gesetzlichen Krankenkassen bzw. die betreffenden Ärztinnen/Ärzte von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

X
Unterschrift

Nur für Angehörige/ehemalige Angehörige des öffentlichen Dienstes und (ehemalige) Bewerbende für die Polizei eines anderen Bundeslandes/Bundespolizei. Entsprechende Unterlagen sind bei der folgenden Dienststelle vorhanden:

Anschrift der Dienststelle

Dauer der Dienstzeit von

bis

Zweck

Einsichtnahme im Rahmen der Eignungsprüfung, Vereinfachung des Bewerbungs- und Einstellungsverfahrens.

Formular bitte einseitig ausdrucken!

Eigene Angaben

Name

Vorname

Geburtsdatum

Frage 1

Tragen Sie eine Sehhilfe?

Ja

Nein

Frage 2

Besteht bei Ihnen eine Farbsinnstörung?

Ja

Nein

Frage 3

Wurde/Wird bei Ihnen eine Laser-OP zur Verbesserung der Sehschärfe durchgeführt?

Ja

Nein

Datum der OP

Dann reichen Sie den Befund der gemessenen Augenwerte vor der OP und mit den Bewerbungsunterlagen ein. Sollte Ihr OP-Termin in der Zukunft liegen, übersenden Sie bitte alle Ihnen bereits vorliegenden Dokumente diesbezüglich. Sind entsprechende Untersuchungen erst/nach geplant, so teilen Sie uns bitte die vereinbarten Termine mit.

Frage 4

Besteht bei Ihnen eine sonstige körperliche Behinderung?

Ja

Nein

Wenn ja, Art der Behinderung

Frage 5

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

Ja

Nein

Datum des voraussichtlichen Endes

Bitte Bescheinigung über die Behandlungsdauer diesen Formularen beifügen.

Ort, Datum

X

Unterschrift

Medizinische Vorgeschichte

(beginnend mit dem Tag Ihrer Geburt) Vertrauliche Arztsache

Name

Vorname

Geburtsdatum

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	Leiden oder litten Sie an Krankheiten, Störungen oder Beschwerden	In den folgenden Spalten ist anzugeben: Welche? Wann? Behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt mit Anschrift
1.2.1	des Herzens oder der Kreislauforgane, z. B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Herzschmerzen, Atemnot bei Anstrengungen, erhöhter oder zu niedriger Blutdruck, Venenentzündungen, Krampfadern, Embolie?	
1.2.2	der Atmungsorgane, z. B. Tuberkulose, Rippen-/ Brustfellentzündung, wiederholte oder länger anhaltende Bronchitis, Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien, Stirn- oder Kieferhöhlenvereiterung?	
1.2.3	an anderen Allergien, z. B. Nahrungsmittelallergie, Medikamentenallergie, allergische Reaktion auf Insektenstiche?	
1.2.4	der Verdauungsorgane, z. B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leber- oder Gallenblasenleiden, Gallensteine, Gelbsucht, Stuhlverstopfung, Durchfälle?	
1.2.5	der Harn- und Geschlechtsorgane, z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Nierensteine, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, erschwertes oder blutiges Harnlassen, Eiweißausscheidung im Harn, Hodenentzündungen oder Eierstockentzündungen?	

Medizinische Vorgeschichte

(beginnend mit dem Tag Ihrer Geburt) Vertrauliche Aktesache

Name

Vorname

Geburtsdatum

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

1.2.6	<p>des Gehirns oder des Rückenmarks, Gemüts- oder Geistesstörungen, neurologische Erkrankungen, z. B. Depressionen, Epilepsie, Krampfanfälle, Schwindel, Bettnässen, Ohnmachten, Lähmungen, Migräne, häufige Kopfschmerzen, Sprachstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit (Hyperaktivitäts-) Störung, einer Essstörung wie Anorexie, Bulimie o. ä.?</p>	
1.2.7	<p>der Augen, z. B. Herabsetzung der Sehschärfe (wenn Sie eine Brille oder Kontaktlinsen tragen: bitte Stärke der Gläser angeben), Farbsehschwäche, häufige Bindehautentzündungen? Wurden Sie schon einmal an den Augen operiert (z. B. Laseroperation)?</p>	
1.2.8	<p>der Ohren z. B. Mittelohrentzündung, Ohrenfluss, Schwerhörigkeit, Ohrengeräusche (Tinnitus), Hörsturz? Haben Sie Arbeiten unter starkem Lärm verrichtet?</p>	
1.2.9	<p>der Haut, z. B. Ausschlag oder Flechte, Nesselfieber, Milchschorf, Neurodermitis, Ekzem, Hautpilze, andere allergische Hauterscheinungen?</p>	
1.2.10	<p>der Wirbelsäule, Knochen und Gelenke, z. B. Nacken- oder Rückenschmerzen, Hexenschuss, Ischias, Knochenbrüche, Sportverletzungen? Wurde Ihnen Krankengymnastik, orthopädisches Turnen oder andere Arten von Physiotherapie oder Massagen verordnet?</p>	
1.2.11	<p>der Lymphknoten, der Milz, des Blutes?</p>	

Medizinische Vorgeschichte

(beginnend mit dem Tag Ihrer Geburt) Vertrauliche Akten

Name Vorname Geburtsdatum

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

1.2.12	an Stoffwechselkrankheiten, z. B. Zuckerkrankheit, Funktionsstörungen der Schilddrüse, Gicht?	
1.2.13	an Geschwülsten?	
1.2.14	an Gelenkrheumatismus? Mit oder ohne Herzbeteiligung?	
1.2.15	an ansteckenden Krankheiten, z. B. Tuberkulose, Kinderlähmung, Diphtherie, Scharlach, Gelbsucht, Typhus, Ruhr, Geschlechtskrankheiten?	
1.2.16	an sonstigen Krankheiten, 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 Stoffwechselfvorgänge beeinflussen? Welche?	
1.5	Haben Sie durch einen Unfall, Verletzungen (z.B. Gehirnerschütterung, Schädelbruch) erlitten? Haben Sie Vergiftungen erlitten? Welche? Wann?	
1.6	Stehen oder standen Sie in nervenärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung oder in psychologischer Beratung oder ist eine entsprechende Beratung/Behandlung vorgesehen?	

Medizinische Vorgeschichte

(beginnend mit dem Tag Ihrer Geburt) Vertrauliche Akten

Name Vorname Geburtsdatum

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

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!	
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.	

Medizinische Vorgeschichte

(beginnend mit dem Tag Ihrer Geburt) Vertrauliche Arztsache

Name

Vorname

Geburtsdatum

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

Nr.	Ergänzungen

Bescheinigung der ärztlichen Behandlungen

Name

Vorname

Geburtsdatum

Bewerbende für den Zugang zum 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. Sollte in den letzten drei Jahren keine ärztliche Behandlung durchgeführt worden sein, ist alternativ immer eine Bescheinigung der Krankenkasse vorzulegen, aus der hervorgeht, dass keine Krankenkassenleistungen erbracht worden sind. Bei Behandlungen durch mehrere Ärztinnen/Ärzte in dieser Zeit muss von allen die Bescheinigung nach folgendem Muster ausgefüllt werden. Generell kann ein Leistungsnachweis bzw. eine Patientenquittung (Detailansicht) der Krankenkasse als Alternative für dieses Formular eingereicht werden,

Diagnosen müssen jedoch zwingend ersichtlich sein!

Herr Frau _____

ist seit _____ durchgehend

ist/war vom _____ bis _____

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

Hinweise:

- 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.

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

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

Ggf. Beiblatt benutzen!



Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes/Stempel

Augenärztlicher Befundbericht

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

Geforderte Sehfähigkeit:

- Bis zum 20. Lebensjahr benötigen Sie mindestens 50 % Restsehschärfe auf jedem Auge.
- Ab dem 20. Lebensjahr genügt eine Restsehschärfe von mindestens 30 % je Auge.
- Es gibt jedoch noch andere Beeinträchtigungen der Sehfähigkeit, die eine Einstellung verhindern können (z. B. Farbsinnstörungen).

Sollten Sie Zweifel haben, ob Ihre Sehfähigkeit ohne Sehhilfe für die Polizeidiensttauglichkeit ausreicht, sollten Sie uns zeitnah den „augenärztlichen Befundbericht“ (Formular 5) von einem Augenarzt/einer Augenärztin ausfüllen lassen und uns postalisch (LAFP NRW, Dez. 53, Weseler Straße 264, 48151 Münster) übersenden. Wir geben Ihnen dann Rückmeldung dazu. Bitte beachten Sie, dass die Kosten für den „augenärztlichen Befundbericht“ von Ihnen selber getragen werden müssen. Die Kosten dafür können sehr stark variieren. Erkundigen Sie sich deshalb vorab gerne in unterschiedlichen augenärztlichen Praxen.

Laseroperation:

Sollte bei Ihnen eine Laseroperation der Augen zur Behandlung der Kurz- oder Weitsichtigkeit durchgeführt worden sein, sind augenärztliche Angaben über den präoperativen Korrekturbedarf und der Operationsbericht vor Ihrer polizeiärztlichen Untersuchung postalisch vorzulegen.

Sechs Monate nach der Laseroperation wird zusätzlich vor einer möglichen Einstellung bei unserem Polizeiärztlichen Dienst noch eine abschließende Untersuchung durchgeführt. Das heißt für Sie: Eine Laseroperation muss spätestens bis Ende September im Vorjahr des jeweiligen Einstellungsjahres durchgeführt worden sein. Räumliches Sehen (Titmusringe).

Augenärztlicher Befundbericht

Hinweis

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

Dabei sind die Korrekturwerte der Augen immer mit Brille anzugeben.

Herr Frau

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

PLZ, Wohnort _____

ist/war vom _____ bis _____

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 (Nyktometer) geprüft

Umfeldleuchtdichte 0,032 cd/m² Kontrast 1 _____

0,1 cd/m² Kontrast 1 _____

Augenärztlicher Befundbericht

Name

Vorname

Geburtsdatum

5 Räumliches Sehen (Titmusringe)

Winkelsekunden _____

6 Ist eine Laserkorrektur durchgeführt worden?

Bitte reichen Sie uns die Befunde vor und nach der Laser OP ein!

Ja

Nein

7 Sonstige Befunde/Diagnosen

X

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes/Stempel