



## MEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG VOR DER EINSTELLUNG

ICH, DER UNZERZEICHNENDE, ....., VERPFLICHTE MICH, ALLE MEDIZINISCH DOKUMENTIERTEN BELEGE ÜBER DEN ZUSTAND MEINER GESUNDHEIT VORZULEGEN, WELCHE FÜR DIE BEURTEILUNG MEINER ARBEITSTAUGLICHKEIT IN EINER INSTITUTION DER EUROPÄISCHEN UNION NOTWENDIG SIND.

ICH ERKLÄRE HIERMIT, DASS DIE ANTWORTEN ZU DEN FOLGENDEN FRAGEN, NACH BESTEN GEWISSEN, DER WAHRHEIT ENTSPRECHEN, VOLLSTÄNDIG UND KORREKT, BEANTWORTET WURDEN. ICH BIN MIR DESSEN BEWUSST, DASS UNGENAUIGKEITEN UND UNVOLLSTÄNDIGKEITEN, FÜR WELCHE ICH VERANTWORTLICH BIN, ZUR UNGÜLTIGKEIT DER FESTSTELLUNG MEINER MEDIZINISCHEN FITNESS FÜHREN KÖNNEN.

Datum: ..... Unterschrift: .....

DIE PERSÖNLICH MEDIZINISCHEN AUFZEICHNUNGEN DES AMTSARZTES ODER ANDERER BEDIENSTETER WERDEN IM GESUNDHEITSWESEN DER INSTITUTION AUFBEWAHRT, IN WELCHER SIE BESCHÄFTIGT WERDEN.

*(in Blockschrift ausfüllen)*

Nachname ..... Vorname .....

Geschlecht ..... Familienstand .....

Adresse (Straße, Stadt, Bezirk, Staat).....

.....

Tel. (Büro) ..... (zu Hause) ..... E-mail (Büro) .....

E-mail (zu Hause) .....

Geburtsdatum ..... Geburtsort ..... Nationalität .....

Position, für die Sie sich beworben haben (Art der Arbeit, Wettbewerbs-Nr.,  
Kategorie) .....

Status: Amtsperson, Aushilfspersonal, Festangestellte, ermächtigter parlamentarischer Assistent, Andere .....

.....

Beschäftigungsort .....

Haben Sie bereits an einer medizinischen Untersuchung für eine Institution der Europäischen Union teilgenommen? .....

.....

Waren Sie bereits bei einer Institution der Europäischen Union beschäftigt?.....

Wenn ja, wann? .....

Position ..... Status .....

(\*) Die medizinische Untersuchung vor einer Einstellung bezweckt folgende Punkte:

- Feststellung der körperlichen Fitness für eine Beschäftigung (\*\*) in jeder Institution der Europäischen Union in Übereinstimmung mit
  - Artikel 28(e) und 33 der Dienstvorschriften (staff regulations)
  - Artikel 12(2)(d), 13, 82(3)(d), 83 und Artikel 128 § 2f und Artikel 129 § 1 der Beschäftigungsbedingungen für sonstige Bedienstete (Conditions of employment of other servants, CEOS)
- Ermittlung des Anspruchs für garantierte Leistungen bezüglich Invalidität und im Todesfall, wie vorgesehen in
  - Annex VIII, Artikel 1 der Dienstvorschriften
  - Artikel 28 § 2, Artikel 32, 95, 100, 135 und 136 der CEOS
- Schutz der Gesundheit der Mitarbeiter (nicht zuletzt unter Europäischen Richtlinien)

(\*\*) Ein Amtsarzt einer Institution ist berechtigt, seine Feststellung über Fitness oder Untauglichkeit nicht nur auf physische oder psychische Krankheiten, an denen eine Person zum Zeitpunkt der Untersuchung leidet, zu stützen, sondern auch auf Grundlage einer medizinisch gerechtfertigten Prognose potenzieller Fehlstörungen, die die normale Leistung der beabsichtigten Aufgaben in absehbarer Zukunft gefährden können. (Gericht erster Instanz, Fälle T-121/89 und 6T-13/90)

-----

**KRANKENGESCHICHTE DER FAMILIE**

Ist ein Mitglied Ihrer Familie (Vater, Mutter, Bruder, Schwester) bereits an folgenden Krankheiten erkrankt?

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (hoher Blutdruck, Herzinfarkt usw.) .....
- .....
- Atemwegserkrankungen (Asthma, Tuberkulose usw.) .....
- .....
- Krebs .....
- .....
- Psychische Erkrankungen (Manische Depression, Schizophrenie, Alzheimer, Depressionen, Andere) .....
- .....
- Neurologische Erkrankungen (Epilepsie usw.) .....

**PERSÖNLICHER KRANKENVERLAUF**

ANTWORTEN SIE AUF JEDE FRAGE MIT "JA" ODER "NEIN"; IST DIE ANTWORT „JA“, GEBEN SIE BITTE DAS DATUM MIT AN. DAS FREILASSEN ODER DURCHSTREICHEN VON FELDERN WIRD ALS UNZUREICHENDE ANTWORT BEWERTET. IST DER FRAGENKATALOG UNVOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLT, WERDEN WEITERE ANFRAGEN ERFORDERLICH SEIN, DIE ZU EINER VERZÖGERUNG FÜHREN KÖNNEN.

1. Sind Sie bereits an folgenden Krankheiten erkrankt? Wenn ja, geben Sie bitte das Jahr der Erkrankung und weitere Details an:

	JA Datum	NEIN		JA Datum	NEIN
Angina pectoris	.....	.....	Harnweg-Erkrankungen	.....	.....
Heuschnupfen	.....	.....	Geschlechtssteilerkrankungen	.....	.....
Asthma	.....	.....	Hexenschuss	.....	.....
Tuberkulose	.....	.....	Gelenkschmerzen	.....	.....
Pneumonie (Lungenentzündung)	.....	.....	Hautkrankheiten	.....	.....
Pleuritis (Brustfellentzündung)	.....	.....	Schlaflosigkeit	.....	.....
Bronchitis	.....	.....	Depressionen	.....	.....
Akuter Gelenkrheumatismus	.....	.....	Nervenstörungen/ Psychische	.....	.....
Hoher Blutdruck	.....	.....	Störungen	.....	.....
Herz-Kreislauf-Erkrankung	.....	.....	Häufige Kopfschmerzen	.....	.....
Beschwerden in der Herz-Region	.....	.....	Ohnmacht	.....	.....
Varikose (Krampfadern)	.....	.....	Epilepsie	.....	.....
Verdauungsstörungen	.....	.....	Diabetes	.....	.....
Magengeschwür	.....	.....	Sexuell übertragbare Krankheiten	.....	.....
Zwölffingerdarmgeschwür	.....	.....	Tropenkrankheiten	.....	.....
Gelbsucht, Hepatitis	.....	.....	Amöbiasis	.....	.....
Gallensteine	.....	.....	Malaria	.....	.....
Leistenbruch	.....	.....	Augen-Krankheiten	.....	.....
Hämorrhoiden	.....	.....	Ohren-Krankheiten	.....	.....
			Tumore, Krebs	.....	.....

2. Geben Sie bitte Details zu Krankheiten an, die zum jetzigen Zeitpunkt behandelt werden. ....

3. Wurden Sie bereits in einem Krankenhaus oder in einer Klinik behandelt? ..... Wo, wann und aus welchem Grund? .....

.....  
.....  
Haben Sie sich bereits einer Operation unterzogen? ..... Beschreiben Sie die Art der Operation(en) und  
nennen Sie jeweils das  
Datum.....

4. Mussten Sie bereits auf Grund von Krankheiten mehr als einen Monat von Arbeit fern  
bleiben? .....

Wenn ja, wann? ..... Um welche Krankheit handelte es sich dabei? .....

5. Haben sie eine dauerhafte (teilweise) Arbeitsunfähigkeit in Folge eines Unfalls oder einer Krankheit?  
.....

Wenn ja, seit wann? ..... Art der Unfähigkeit .....

6. Haben Sie bereits einen Neurologen, Psychiater, Psychoanalytiker oder Psychotherapeuten konsultiert?  
.....

Wenn ja, geben Sie bitte den Namen und die Adresse der Person an:  
.....

Was war der Grund für die Beratung? ..... Datum .....

7. Haben Sie sich bereits einer Behandlung wegen Alkoholabhängigkeit unterzogen?  
.....

Wegen Drogenabhängigkeit? .....

8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (einschließlich oraler Empfängnisverhütungsmittel)? .....

Geben Sie bitte Details an .....

9. Haben Sie in den letzten 3 Jahren an Gewicht zugenommen oder abgenommen? .....

Wenn ja, wie viel?.....

10. Haben Sie bereits an radiologischen oder nuklearmedizinischen Untersuchungen teilgenommen? .....

Wenn ja, welche Untersuchungen? .....

11. Haben Sie sich bereits einer Strahlen- oder Chemotherapie unterzogen? .....

Wenn ja, geben Sie die Behandlung an.....

12. Wurden Sie schon einmal aus gesundheitlichen Gründen für einen Job abgelehnt?.....

Wenn ja, aus welchen Gründen?.....

13. Haben Sie sich bereits in einem tropischen Land aufgehalten? .....

Wenn ja, wie lange? .....

14. Schätzen Sie sich selbst ein.

- Befinden Sie sich in einem guten gesundheitlichen Zustand?.....

- Sind Sie vollkommen fit, um zu arbeiten?.....

15. Rauchen Sie regelmäßig?.....

Wenn ja, rauchen Sie  Zigaretten  Pfeife  Zigarren?

Wie viel rauchen Sie von den eben genannten? .....

Seit wie vielen Jahren rauchen Sie? .....

16. Sind Sie für lange Zeit oft müde und/ oder aus keinen ersichtlichen Grund?.....

17. Wie viel Alkohol trinken Sie pro Tag/ Woche? .....

Nehmen Sie oder haben Sie jemals Drogen oder andere nicht-medizinische Rauschmittel genommen?.....

18. Haben Ihr Arzt oder Zahnarzt Ihnen gesagt, dass Sie ärztliche Behandlung oder einen chirurgischen Eingriff in der nahen Zukunft brauchen werden? .....

19. Andere wichtige Informationen über Ihre Gesundheit: .....

20. Gehen Sie sportlichen Aktivitäten nach?.....  
Welchen? .....

21. Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? .....

22. Haben Sie medizinische Probleme erlitten in Folge der Arbeit am Bildschirm? .....

23. Haben Sie bereits einen Industrieunfall gehabt oder unter einer Berufskrankheit gelitten?.....

Haben Sie irgendwelche Nachwirkungen erlitten?.....

Leiden Sie an einer daraus resultierenden (teilweisen) dauerhaften Invalidität?.....

24. Listen Sie alle beruflichen und sonstigen Gefahren auf, denen Sie ausgesetzt waren.

25. Für Frauen: der Urintest muss die Menstruation berücksichtigen. Wo zutreffend, geben Sie bitte das Datum Ihrer letzten Periode an. ....

DATUM .....

Unterschrift .....

**KOMMENTAR DES ARZTES ZUM MEDIZINISCHEN VERLAUF** .....

.....  
.....

**MEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG**

**Allgemeines Erscheinungsbild:** Gewicht ..... Größe .....  
Haut ..... Unterhautfett- Anteil .....

**Psychischer Zustand:** .....

**Kopf und Nacken:**

Zunge ..... Zähne ..... Hals-Nasen-Ohren .....  
Schilddrüse ..... Mandeln .....

**Herz und Kreislauf:**

Herz-Rhythmus ..... Blutdruck .....  
Murmurs (Herzgeräusche) ..... Puls.....

**Lunge**

Perkussion (Abklopfen) ..... Auskultation (Abhören) .....

**Abdomen:**

Leber ..... Bauchdecke .....  
Eingeweide ..... Lien (Milz) .....  
Leistenbrüche .....

**Skelettstruktur und Muskeln:** .....

**Urogenitaltrakt:** .....

**Haut und Nervenknoten generell:** .....

**Zentrales Nervensystem:**

Form der Pupillen ..... Pupillenreflex ..... Hirnnerven ..... Babinski .....  
Patellarsehnenreflex (Knie) ..... Achillessehnenreflex .... Bauchdeckenreflex ..... Romberg .....  
Empfindsamkeit: .....

**Bluttest:** .....

**Urintest:** .....

**Brust-Röntgen:** .....

**EKG:** .....

**Ophthalmologische Untersuchung:** .....

**Andere Untersuchungen:** .....

**Zusammenfassung der Untersuchung:** .....

.....  
.....

**Feststellung:**.....

Ort ..... Datum..... Datum .....

.....  
Unterschrift des Amtsarztes des Parlaments

.....  
Unterschrift des untersuchenden Arztes