

Praxis Dr. med. Franz Scharte

Facharzt für Allgemeinmedizin

Akademische Lehrpraxis der Universität Münster

Durchgangsarzt / Sportmedizin

Umweltmedizin / Akupunktur / Reisemedizin

Gelbfieberimpfstelle des Landes NRW

Gutachter der deutschen Rentenversicherung

Alter Markt 2

33428 Harsewinkel

Tel.: 0 52 47 – 920 10

Fax: 0 52 47 – 920 120

Email: drscharte@gmx.de

Web: www.scharte.com

Fragebogen zum Gutachten

Bitte ausgefüllt zum Termin mitbringen

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Soziale Daten (bitte genaue zeitliche Reihenfolge):

- Schulischer Werdegang (Hauptschule, Realschule, Gymnasium)

Schulabschluß: _____

Erlerner Beruf: _____

- Beruflicher Werdegang (bitte genaue zeitliche Reihenfolge):

von wann bis wann wo gearbeitet? Bitte tabellarische Auflistung

Krankheitsbedingte Ausfallzeiten in den letzten zwölf Monaten:

Grund der Ausfallzeiten:

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen:

Wiedereingliederungsmaßnahmen:

Arbeitsplatzbeschreibung: Erklären Sie kurz, was Sie bisher gearbeitet haben, wie Ihr Arbeitsplatz gestaltet ist, wie viele Stunden pro Tag sind bzw. waren Sie tätig?

Nachtschicht: ja ____ nein ____

Wechselschicht: ja ____ nein ____

Gibt es Belastungen an Ihrem Arbeitsplatz, unter denen Sie leiden?

Familienvorgeschichte:

Eltern: _____

Alter: _____

Erkrankungen: _____

Eventuelle Todesursache: _____

Geschwister: _____

Familiär gehäufte Erkrankungen: _____

Familienstand:

Allein lebend : ____ verheiratet: ____ verwitwet: ____ geschieden: ____

Mit Partner/-in im gemeinsamen Hausstand: Ja ____ Nein ____

Berufliche Tätigkeit des Partners/der Partnerin:

Kinder (wie viele, wie alt, leben noch zu Hause?):

Bisher durchgemachte Erkrankungen:

Kinderkrankheiten:

Operationen:

Sonstige stationäre Krankenhausaufenthalte:

Bisher durchgemachte Erkrankungen und chronische Leiden:

Allergien:

Nikotin: Ja ____ Nein ____

Alkoholkonsum: Ja ____ Nein ____

Drogen: Ja ____ Nein ____

Erkrankungen, die zum Antrag auf eine Rehabilitation bzw. Rente geführt haben:

Seit wann bestehen diese Erkrankungen?

Welche Beschwerden haben Sie?

Sind Ihre Beschwerden beeinflussbar?

z.B.: durch Wärme, tageszeitabhängig, belastungsabhängig, wetterabhängig?

Bitte notieren Sie hier Ihre Medikamente, die sie zurzeit regelmäßig nehmen:

Welche Ärzte behandeln Sie zurzeit?

Wie oft besuchen Sie diese Ärzte pro Quartal?

Welche Therapien werden zurzeit und wurden in den letzten sechs Monaten durchgeführt?

Haben Sie von Ihrem Arzt Hilfsmittel, z.B. Korsett, Bandagen, Gehhilfen, Schuhzurichtungen verordnet bekommen?

**Haben Sie beim Versorgungsamt einen Antrag auf Schwerbehinderung gestellt?
Haben Sie bereits einen GdB (Grad der Behinderung?)**

(**Praxis Dr. med. Franz Scharte**)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Datum: _____

Unterschrift: _____