

Erklärung zum Gesundheitszustand

(Auszufüllen durch die Kandidatin / den Kandidaten)

Hinweis:

Die vorliegende Erklärung **füllen Sie bitte wahrheitsgemäß aus und unterschreiben diese eigenhändig**. Dieser Bogen wird in Ihre bei der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern (ELKB) geführte Personalakte aufgenommen. Sollten betriebsärztliche Untersuchungen erforderlich sein, werden dem untersuchenden Betriebs-/Vertrauensarzt oder der untersuchenden Betriebs-/Vertrauensärztin diese gesundheitsbezogenen Unterlagen zur Kenntnis gegeben.

Für die Übernahme in den Vorbereitungsdienst

persönlich/vertraulich

KRin Isolde Schmucker(oder Vertretung) – P2.1 / P2.1-1

Landeskirchenamt der ELKB

Katharina-von-Bora-Straße 7 - 13

80333 München

I. Personalien

Name, Vorname	Geburtstag und -ort
Anschrift	

Freiwillige Angabe:

- Schwerbehinderung mit ____ Grad der Behinderung

Sie sind auch bei Vorliegen einer Schwerbehinderung nicht verpflichtet, diese anzugeben. Liegt eine Schwerbehinderung vor, die nicht angegeben wird, können die Schutzvorschriften für schwerbehinderte Menschen jedoch nicht zur Geltung kommen.

Die folgenden Fragen sind **nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß zu beantworten**. Sollten Sie mehr als den vorgesehenen Platz benötigen, nutzen Sie bitte die Rückseite oder ein gekennzeichnetes Zusatzblatt.

II. Gesundheitszustand

1. Fühlen Sie sich **derzeit** gesund oder liegen Einschränkungen (z.B. durch Allergie, Erkrankung etc.) vor, die ggf. das Ergebnis einer betriebsärztlichen Untersuchung beeinflussen könnten?
2. Liegt bei Ihnen eine physische und / oder psychische/psychiatrische Krankheit bzw. eine Beeinträchtigung vor, durch die die Eignung für die vorgesehene Tätigkeit auf Dauer oder in periodisch wiederkehrenden Abständen eingeschränkt wird?
3. Liegen ansteckende Krankheiten vor, die zwar nicht die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, aber eine Gefährdung für Dritte darstellen können?
4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Substanzen ein, die mit ggf. genannten Beeinträchtigungen oder deren Behandlung in Zusammenhang stehen?

III. Bekannte Vorerkrankungen, Risikofaktoren, Verhaltensweisen

Allergien	
Asthma	
Hepatitis	
Rheuma	
Gicht	
Bluthochdruck	
Krebs	
Diabetes Mellitus	
Neurologische Erkrankungen / Erkrankungen des Nervensystems	
Augen und Sehstörungen	
Ohren und Hörstörungen	
Psychische und psychiatrische Erkrankungen	
Long Covid / Post-Covid	
Sonstige ernsthafte Erkrankungen	
Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?	
Tabakkonsum	
Alkoholkonsum	
Drogenkonsum	
Lagen oder liegen in der Familie ernsthafte Erkrankungen vor?	

IV. Ärztliche Behandlungen

Nehmen Sie regelmäßig verordnete Medikamente ein? Welche?	
Haben Sie in den letzten Jahren über einen längeren Zeitraum Medikamente eingenommen? Welche?	
Sind Sie derzeit in einer ärztlichen Behandlung? (Grund, Dauer, Therapie)	
Wurden Sie bereits operiert? (Grund)	
Wurden Sie wegen bestimmter Beschwerden für längere Zeit oder wiederholt behandelt? (Jahr, Dauer, Grund, behandelnder Arzt, Krankenhausaufenthalt, Reha, Kur)	
Waren Sie in den letzten Jahren oder sind Sie derzeit in psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung? (Jahr, Dauer, Grund)	

V. Erklärung zum Gesundheitszustand (bitte ankreuzen)

- ☐ Ich habe alles mitgeteilt, was für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes von Bedeutung sein könnte.
- ☐ Ich versichere, dass ich die vorstehenden Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe und nichts verschwiegen habe, was bei den Fragen anzugeben ist. Mir ist bewusst, dass die Folgen falscher oder unterlassener Angaben zu meinen Lasten gehen.

Ort, Datum

Unterschrift