

# Erläuterung zum Formularsatz „Zusatzformulare“



| Dokumentenbezeichnung | Ausfüllhinweis   |
|-----------------------|--|
| <b>Formular 4</b>     | vollständig ausfüllen und unterschreiben   |
| <b>Formular 5</b>     | alle Fragen mit Ja oder Nein beantworten, ggf. ergänzen und unterschreiben   |
| <b>Formular 6</b>     | vollständig ausfüllen, bitte dringend Ausfüllhinweise auf dem Formular beachten und jede Frage mit Ja oder Nein beantworten, Striche oder leere Felder sind nicht zulässig! Für Ergänzungen Seite 5 des Formulars 6 nutzen.  |
| <b>Formular 7</b>     | <p>Alle ärztlichen Behandlungen der letzten 3 Jahre durch den Arzt lückenlos dokumentieren und unterschreiben lassen.</p> <p>Eine lückenlose Auflistung durch den Hausarzt ist ausreichend, sollten Behandlungen ausschließlich durch einen Facharzt erfolgt sein, muss dieses Formular mehrfach ausgedruckt und dem Facharzt ebenfalls vorgelegt werden.</p> <p><b>Alternativ zu Formular 7:</b><br/>Leistungsnachweis/Patientenquittung der Krankenkasse in Bezug auf die letzte 3 Jahre (Detailansicht nach § 305 SGB V).</p> <p>Diagnosen müssen ausgeschrieben sein (keine Schlüsselzahlen)!</p> <p>Eine Bescheinigung über Krankenhausaufenthalts- bzw. Arbeitsunfähigkeitszeiten ist nicht ausreichend.</p> |

## Diese Formulare müssen uns postalisch zugesandt werden!

Bitte senden Sie die Formulare ans:

LAFP NRW  
Dezernat 53  
Weseler Straße 264  
48151 Münster

**Wichtig:** Sollte Ihnen das Einreichen der Unterlagen nicht innerhalb der zweiwöchigen Frist möglich sein, können Sie mit Antwort auf diese E-Mail, um eine Fristverlängerung bitten. Entstehende Kosten werden durch die Polizei NRW nicht übernommen.

Die „Zusatzformulare“ finden Sie ebenfalls unter: <https://www.genau-mein-fall.de/downloads>

## 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 polizeiarztlichen 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 polizeiarztliche 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

Unterschrift

**Bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift einer gesetzlichen Vertreterin/eines gesetzlichen Vertreters.**

Ort, Datum

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!**

Alle Eingaben löschen

## Formular 5

### 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

Bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift einer gesetzlichen Vertreterin/eines gesetzlichen Vertreters.

Ort, Datum

X

Unterschrift

Formular bitte einseitig ausdrucken!

Alle Eingaben löschen

## 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.

|              |  |  |
|--------------|--|--|
| <b>1.1</b>   | Sind bei Eltern, Geschwistern oder anderen nahen Verwandten Tuberkulose, Zuckerkrankheit, hoher Blutdruck, Nerven- oder Gemütskrankheiten oder Selbsttötungen vorgekommen? Welche? Bei wem?  |  |
| <b>1.2</b>   | <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 |
| <b>1.2.1</b> | <b>des Herzens oder der Kreislauforgane,</b><br>z. B. Herzfehler, Herzleistungsschwäche, Herzschmerzen, Atemnot bei Anstrengungen, erhöhter oder zu niedriger Blutdruck, Venenentzündungen, Krampfadern, Embolie?                                  |  |
| <b>1.2.2</b> | <b>der Atmungsorgane,</b><br>z. B. Tuberkulose, Rippen-/ Brustfellentzündung, wiederholte oder länger anhaltende Bronchitis, Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien, Stirn- oder Kieferhöhlenvereiterung?                                      |  |
| <b>1.2.3</b> | <b>an anderen Allergien,</b><br>z. B. Nahrungsmittelallergie, Medikamentenallergie, allergische Reaktion auf Insektenstiche?   |  |
| <b>1.2.4</b> | <b>der Verdauungsorgane,</b><br>z. B. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Leber- oder Gallenblasenleiden, Gallensteine, Gelbsucht, Stuhlverstopfung, Durchfälle?                           |  |
| <b>1.2.5</b> | <b>der Harn- und Geschlechtsorgane,</b><br>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 Arztsache

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

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

|               |  |  |
|---------------|--|--|
| <b>1.2.12</b> | <b>an Stoffwechselkrankheiten,</b><br>z. B. Zuckerkrankheit, Funktionsstörungen der Schilddrüse, Gicht?  |  |
| <b>1.2.13</b> | <b>an Geschwülsten?</b>  |  |
| <b>1.2.14</b> | <b>an Gelenkrheumatismus?</b><br>Mit oder ohne Herzbeteiligung?  |  |
| <b>1.2.15</b> | <b>an ansteckenden Krankheiten,</b><br>z. B. Tuberkulose, Kinderlähmung, Diphtherie, Scharlach, Gelbsucht, Typhus, Ruhr, Geschlechtskrankheiten?                               |  |
| <b>1.2.16</b> | <b>an sonstigen Krankheiten,</b><br>z. B. körperlichen Fehlern oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?  |  |
| <b>1.2.17</b> | Haben Sie eine gesundheitsbelastende Tätigkeit ausgeführt, die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen erfordert?<br>Welche?  |  |
| <b>1.3</b>    | Nahmen oder nehmen Sie regelmäßig oder gewohnheitsmäßig Medikamente oder Drogen?<br>Welche?  |  |
| <b>1.4</b>    | Sind Sie mit Medikamenten behandelt worden, die Herz, Kreislauf, Blutdruck oder Stoffwechselfvorgänge beeinflussen?<br>Welche?   |  |
| <b>1.5</b>    | Haben Sie durch einen Unfall, Verletzungen (z.B. Gehirnerschütterung, Schädelbruch) erlitten?<br>Haben Sie Vergiftungen erlitten?<br>Welche? Wann?                             |  |
| <b>1.6</b>    | 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.

|              |  |  |
|--------------|--|--|
| <b>1.7</b>   | Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?  |  |
| <b>1.8</b>   | Sind Sie schon einmal operiert worden?<br>Weswegen? Wann?<br><br>Ist eine Operation vorgesehen?<br>Weswegen? Wann?   |  |
| <b>1.8.1</b> | Wurden bei Ihnen besondere medizinisch-technische Untersuchungen durchgeführt, z. B. Röntgen, Kernspintomographie, Ultraschall, Endoskopie und/oder andere bildgebende Verfahren?<br>Weswegen? Wann?               |  |
| <b>1.8.2</b> | Wurden Sie mit Röntgen- oder sonstigen Strahlen behandelt?<br>Weswegen? Wann?  |  |
| <b>1.9</b>   | Sind Sie in einem(r) Krankenhaus, Heilstätte, Sanatorium, Kuranstalt, Gesundheits- oder Versorgungsamt untersucht oder behandelt worden?<br>Weswegen? Wann? Wo?  |  |
| <b>1.10</b>  | Durch welche Ärztinnen/Ärzte, außer den bereits angegebenen, sind Sie in den letzten 3 Jahren behandelt worden?<br>Namen und Anschrift angeben!  |  |
| <b>1.11</b>  | Bezogen, beziehen oder beantragen Sie eine Rente?  |  |
| <b>1.12</b>  | 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? |  |
| <b>1.13</b>  | Wogegen wurden Sie bisher geimpft?   |  |
| <b>1.14</b>  | Treiben Sie Sport (Leistungssport)?<br>Welche Sportarten pflegen Sie?  |  |
| <b>1.15</b>  | Bitte mache Sie Angaben zu Ihren Rauch- und Trinkgewohnheiten mit Mengenangabe.  |  |



## 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 Jahre 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!**

### Die oben genannte Person

ist seit \_\_\_\_\_ durchgehend  
oder

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