

# Merkblatt Allergiebogen

## Für die Bewerberin oder den Bewerber

Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte werden aufgrund Ihrer Tätigkeit an verschiedensten Orten eingesetzt und können mit unterschiedlichen Substanzen in Kontakt kommen. Um die uneingeschränkte Dienst- und Einsatzfähigkeit gewährleisten zu können sowie aufgrund der Gestellung von Einsatz- und Gemeinschaftsverpflegung, müssen die Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte frei von Allergien sein, die diese beeinträchtigen könnten.

Wenn Sie schwere oder behandlungsbedürftige Allergien, mit erforderlicher bzw. noch laufender Hyposensibilisierungsbehandlung, Kontaktallergien mit der Haut, Allergien der Atemwege wie Asthma, Heuschnupfen etc., Allergien des Magen-Darm-Traktes z.B. aufgrund von Unverträglichkeiten haben, muss eine entsprechende fachärztliche Bescheinigung (Allergiebogen) eingereicht werden. Bei beendeter Hyposensibilisierung bitte diese Unterlagen der Bewerbung beifügen.

Sollte eine fachärztliche Untersuchung erforderlich sein, führen Sie bitte zum Untersuchungstermin Ihren Personalausweis mit und legen diesen in der Praxis vor.

**Hinweis:** Kosten für eine fachärztliche Untersuchung und Bescheinigung werden von der Bundespolizei **nicht** übernommen!

## Für die Ärztin oder den Arzt:

Wenn eine Bewerberin oder ein Bewerber Sie aufsucht, bitten wir Sie, für den Befundbericht die Seite 2 dieses Merkblattes zu benutzen und zu jedem Punkt Stellung zu nehmen.

Die Bewerberin oder der Bewerber legt Ihnen zum Untersuchungstermin den Personalausweis vor. Bitte bestätigen Sie die Angaben auf Seite 2 mit Ihrem Praxisstempel und Unterschrift.

Vielen Dank!



# Allergiebogen

(nur vom Arzt auszufüllen)

Familien-/Geburtsname	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	

ausgewiesen durch Personalausweis

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

Diagnose und Schweregrad: \_\_\_\_\_

Welche Symptome treten auf?     Augen     Nase     bronchiale Beteiligung

Wann treten diese Symptome auf?

ganzjährig     saisonal:    Angabe der Monate: \_\_\_\_\_

Welche Behandlung wird durchgeführt, bitte Angabe der Präparate?

Lokal:     Augentropfen     Nasentropfen     Dosierspray  
           Medikamente: \_\_\_\_\_

Systemisch:     Tabletten     Injektionen  
                  Medikamente: \_\_\_\_\_

Wurde eine Hyposensibilisierung durchgeführt?

ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_     nein

Wie hat sich die Allergie entwickelt?

Besserung     gleich bleibend     Verschlechterung     Verlagerung in andere Etage

Ist die Allergie behandlungsbedürftig?

immer     gelegentlich     selten     nein

Prognose:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Arztstempel