



Selbstauskunftsbogen

im Rahmen der Bewerbung zur/zum **Steuersekretäranwärterin/Steuersekretäranwärter**, bzw. **Steuerinspektorin/Steuerinspektor**

Bitte leserlich in Druckbuchstaben schreiben

Persönliche Angaben	
Anrede	Titel
Name	Geburtsname
Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort
Aktuelle Tätigkeit (Schule/Beruf)	
Anschrift	
Straße/Hausnummer	
PLZ	Ort, Land
Kontakt	
Telefon	E-Mail-Adresse
Veranlassende Stelle	
Zukünftige Beschäftigungsbehörde	
Ansprechpartner/in	Telefon
Datum des Schreibens	Aktenzeichen



Selbstauskunft Eigenanamnese:

Körpergröße (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Selbstauskunft medizinische Vorgeschichte:

Sind Sie gerade oder waren Sie in den vergangenen 10 Jahren in regelmäßiger Behandlung, Beratung oder Untersuchung bei

- Ärztinnen/Ärzten oder
- Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Psychiater/Psychiaterinnen oder
- Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (Heilpraktikerinnen/Heilpraktiker, Krankengymnastinnen/Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, etc.)?

Bitte leserlich in Druckbuchstaben schreiben

Angabe der Berufsgruppe z.B. Ärztin/Arzt Therapeutin/Therapeut Sonstige Gesundheitsberufe	Fachrichtung	Zeitraum



Selbstauskunft medizinische Behandlungen:

Haben Sie derzeit oder hatten Sie in den vergangenen **10 Jahren regelmäßig Beschwerden bzw. Einschränkungen in folgenden Bereichen** und wurden Sie diesbezüglich bereits behandelt:

1. **Kopf, Gesicht** (z. B. Migräne, Taubheitsgefühle, Schwindel, Schmerzen, häufige Nasennebenhöhlenentzündungen (mind. 4-mal pro Jahr) usw.)

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____

2. **Nervensystem** (z. B. Anfallsleiden/Epilepsie, Parkinson, Multiple Sklerose, Lähmungen, Gefühlsstörungen, Schmerzkrankung, Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS), Post-COVID, usw.)

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____

3. **Psyche** (z. B. Depression, Angstzustände/Panikattacken, Erschöpfungszustände, festgestellte und/oder behandelte Belastungsreaktionen, posttraumatische Belastungsstörung, chronische Müdigkeit/Erschöpfung, Burn-out-Symptomatik, Essstörung, psychosomatische Beschwerden, Persönlichkeitsstörung, Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS/ADHS), Autismus-Spektrum-Störung, Psychose, Schizophrenie, Selbsttötungsversuche, selbstverletzendes Verhalten, zwanghaftes Verhalten, anhaltende Schlafstörungen, Suchtprobleme, usw.)

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____

4. **Augen** (z. B. Sehstörung, Farbsehschwäche, Hornhaut-/Netzhauterkrankungen, Fehlsichtigkeit, grauer oder grüner Star, regelmäßige Augenentzündungen, usw.)

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____



Tragen Sie eine Sehhilfe?

☐ Nein

☐ Ja:

☐ Brille

☐ Kontaktlinsen

Dioptrie rechts: _____ | Dioptrie links: _____

5. **Ohren, Sinnes- oder Gleichgewichtsorgan** (z. B. anhaltende Ohrgeräusche (Tinnitus), Hörsturz, vermindertes Hörvermögen, verminderter Geschmacks- oder Geruchssinn, regelmäßiger Schwindel, usw.)

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____

Tragen Sie ein Hörgerät oder Hörimplantat?

☐ Nein

☐ Ja; Art: _____

6. **Atmungsorgane** (z. B. Neigung zu häufigen und längeren Erkältungskrankheiten, Bronchitis, Rachen- und Mandelentzündungen, länger anhaltende Heiserkeit, Lungenentzündung, Asthma, Schlafapnoe, Heuschnupfen, usw.)

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____

7. **Herz, Kreislauf, Blut- oder Lymphgefäße** (z. B. Bluthochdruck, Gefäßerkrankung, angeborene Herzfehler, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Herzschwäche, Herzmuskelentzündung, Thrombosen, Embolien, Schlaganfall, usw.)

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____



8. **Speiseröhre, Magen, Darm** (z. B. chron. Entzündungen, Sodbrennen, Schluckbeschwerden, Geschwüre, Magenschleimhautentzündung, chron. Darmentzündungen, häufiger Durchfall oder Verstopfung (mehrmals die Woche), Blut-/Schleimabgang, Zöliakie, usw.)

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____

9. **Leber, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase** (z. B. Entzündung der Leber, Bauchspeicheldrüse, Gallenblase, Gallensteine, auffällige Laborwerte, usw.)

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____

10. **Nieren, Harnwege** (z. B. Zysten, Neubildungen, Steine, häufige Entzündungen, Nierenfunktionseinschränkungen, wiederholtes/anhaltendes Auftreten von Blut /Eiweiß im Urin, usw.)

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____

11. **Geschlechtsorgane einschließlich Brust** (z. B. regelmäßige Infektionen oder Entzündungen, Endometriose, kontrollbedürftige Veränderungen, usw.)

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____

12. **Blut, blutbildende Organe, Immunsystem, Milz** (z. B. Bluterkrankungen, Blutarmut, Erkrankung der Milz, Erkrankung des Knochenmarks, Erkrankung des Immunsystems, Autoimmunerkrankung, chron. Eisenmangel, Gerinnungsstörung, usw.)

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____



13. **Stoffwechsel und Hormone** (z. B. Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Schilddrüsenerkrankungen, Nebennierenerkrankungen, Gicht, usw.)

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____

14. **Haut, Allergien** (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Allergien, Heuschnupfen, kontrollbedürftige Hautveränderungen, usw.)

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____

15. **Haltungs- und Bewegungsapparat** (z. B. Erkrankungen oder Verkrümmung der Wirbelsäule mit Beeinträchtigung im Alltagsleben, regelmäßig deutliche Wirbelsäulenbeschwerden mit ausstrahlenden Schmerzen oder Missempfindungen (Kribbeln, Schmerzen, Taubheit), Ischiasbeschwerden, „Hexenschuss“, Gelenkerkrankung, Bänder- oder Meniskusschaden, Muskel- oder Sehnenkrankung, Knochenerkrankung, einschließlich Erkrankung des rheumatischen Formenkreises, chronische Schmerzerkrankung, Entzündung, Verletzung/Unfälle, künstlicher Gelenkersatz (z.B. künstliche Hüfte), Osteoporose, usw.)

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____

16. **Bösartige Erkrankungen (Krebserkrankungen)**

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____



17. **Infektionserkrankungen** mit anhaltenden oder wiederkehrenden Krankheitssymptomen
(z. B. Hepatitis, Malaria, Tuberkulose, HIV, usw.)

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____

18. **Sonstige** noch nicht genannte Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____

Selbstauskunft Medikamente und Suchtmittel:

1. Nehmen Sie oder nahmen Sie innerhalb der letzten **5 Jahre verschreibungspflichtige Medikamente** (insbesondere Psychopharmaka wie z. B. Antidepressiva, Schlafmittel, Beruhigungsmittel) ein?

☐ Nein

☐ Ja, bitte Angabe (Präparat(e), Dosierung, Zeitraum der Einnahme): _____

2. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten **5 Jahre regelmäßig Schmerzmittel** ein?

☐ Nein

☐ Ja, bitte Angabe (Präparat(e), Dosierung, Zeitraum der Einnahme): _____



3. Konsumieren oder konsumierten Sie in den letzten **5 Jahren regelmäßig nikotinhal-**
tige Produkte (z. B. Zigaretten, E-Zigaretten/Vapes, Tabakerhitzer, Zigarren, Pfeifen,
Nikotinbeutel (Pouches), Snus oder andere nikotinhaltige Produkte)?

- ☐ Nein
☐ Ex-Raucher/Ex-Raucherin
☐ Ja – aktive/r Raucher/Raucherin; bitte Angabe (Wie viel? Wovon?): _____

4. Konsumieren oder konsumierten Sie in den letzten **5 Jahren regelmäßig Alkohol**
(z. B. Bier, Wein, Alkopops, hochprozentige Spirituosen, usw.)?

- ☐ Nein
☐ Ja
➤ Gelegentlich (Wochenende), bitte Angabe (Wie viel? Wovon?): _____

- Oft (mehrmals die Woche), bitte Angabe (Wie viel? Wovon?): _____

- sehr oft (täglich), bitte Angabe (Wie viel? Wovon?): _____

5. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten **5 Jahren Betäubungsmittel/Drogen**
(auch Cannabis) ein und/oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen der Folgen des
Konsums von Alkohol, Betäubungsmitteln oder Drogen beraten oder behandelt?

- ☐ Nein
☐ Ja, bitte Angabe (Wie viel? Wovon?): _____



Selbstauskunft Schwerbehinderung/Entschädigungsfällen/Rente/ Gleichstellung:

1. Haben Sie einen anerkannten **Grad der Behinderung, Schwerbehinderung, eine Gleichstellung** mit schwerbehinderten Menschen oder wurde bei Ihnen eine Behinderung bzw. gesundheitliche Beeinträchtigung festgestellt oder beantragt?
(z. B. Grad der Behinderung [GdB], Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE] oder Grad der Schädigungsfolgen [GdS])

☐ Nein

☐ Ja, bitte nähere Angaben: _____

Wenn vorhanden bitte vollständigen Bescheid oder Nachweis beifügen.

2. Wurden gesundheitliche Schäden aufgrund von **Wehrdienst, Gewalt- oder anderen Entschädigungsfällen** anerkannt oder beantragt?
(z. B. im Rahmen des sozialen Entschädigungsrechts oder einer Wehrdienstbeschädigung)

☐ Nein

☐ Ja, bitte nähere Angaben: _____

Wenn vorhanden bitte vollständigen Bescheid oder Nachweis beifügen.

3. Beziehen oder bezogen Sie jemals **Rente** aus gesundheitlichen Gründen (z. B. Erwerbsminderungsrente) oder ist eine solche beantragt?

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung: _____

Wenn vorhanden bitte vollständigen Bescheid oder Nachweis beifügen.



Selbstauskunft Sonstiges:

1. Wurde Ihnen aufgrund einer Beeinträchtigung bzw. Erkrankung ein **Nachteilsausgleich** für Prüfungen gewährt?

☐ Nein

☐ Ja, bitte Angabe (Welche Beeinträchtigung? Welche Art Nachteilsleich?): _____

2. Waren Sie in den **letzten 24 Monaten** an insgesamt **mehr als 15 Arbeitstagen** oder Schultagen pro Jahr dienst- oder arbeitsunfähig erkrankt?

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung (Zeitraum und zugrunde liegende Erkrankung):

3. Waren Sie in den **letzten 10 Jahren** in einem Krankenhaus, einer **Tagesklinik**, einer **Rehabilitationsmaßnahme** (z. B. Rehaklinik, ambulante Rehabilitation, Kurklinik o. ä.) in Behandlung?

☐ Nein

☐ Ja, bitte Beschreibung (Einrichtung, Zeitpunkt, Art und Dauer der Behandlung, Diagnose(n), Dauerfolgen (soweit bekannt)):

Bitte endgültigen (vollständigen) Abschlussbericht beifügen.

4. Sind Sie schon einmal **operiert** worden?

☐ Nein

☐ Ja, bitte Angabe (Wann? Wo? Woran? Warum?): _____



5. Wurden Sie schon einmal hinsichtlich Ihrer **gesundheitlichen Eignung** untersucht?

☐ Nein

☐ Ja, bitte Angabe (Wann? Wo? Anlass? Ergebnis?): _____

Erklärung

- ☐ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass dieser Selbstauskunftsbogen und die weiteren medizinischen Befunde und Unterlagen zur Klärung medizinischer Zweifelsfragen im erforderlichen Umfang innerhalb des ärztlichen Dienstes (Ärzte an den Gesundheitsämtern, Regierungen und im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege) verarbeitet werden können. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung verweigern kann. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich oder elektronisch gegenüber dem Gesundheitsamt bzw. der Regierung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt. Sollte ich diese Erklärung verweigern oder widerrufen kann dies zur Folge haben, dass seitens des Gesundheitsamtes bzw. der Regierung kein abschließendes Gesundheitszeugnis ausgestellt werden kann. Ich habe dem untersuchenden Arzt alles mitgeteilt, was für die Beurteilung meines Gesundheitszustands von Bedeutung sein könnte.

Versicherung zur Richtigkeit der Angaben

- ☐ Ich versichere, dass ich die Angaben zu meinem Gesundheitszustand vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und nichts, auch keine früheren Erkrankungen, verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben rechtliche Folgen nach sich ziehen und dass dadurch herbeigeführte begünstigende Verwaltungsakte jederzeit zurückgenommen und gegen mich Rückzahlungs- bzw. Schadensersatzansprüche geltend gemacht werden können.
- ☐ Sollten zur Feststellung der gesundheitlichen Eignung zusätzlich zu diesem Fragebogen eine Schweigepflichtentbindung sowie die Übermittlung weiterer medizinischer Berichte und Unterlagen erforderlich sein, ist mir bewusst, dass eine Verweigerung oder ein Widerruf der Schweigepflichtentbindung beamtenrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann.



Unterschrift

(Ort, Datum, Unterschrift)

Bei Minderjährigen: Unterschrift(en) des/der gesetzlichen Vertreter(s) (Hinweis: Bei gemeinsamer Sorgeberechtigung sind die Unterschriften beider Elternteile erforderlich)

(Ort, Datum, Unterschrift)

(Ort, Datum, Unterschrift)