



Dr. med.  
**Werner Kuhn**  
Facharzt für Orthopädie  
Gutachter

c/o Therapiezentrum Fahrn GbR  
Kaiser-Friedrich-Str. 127 • 47169 Duisburg  
**Tel.: 02 03 / 5 00 38 62**  
E-Mail: info@orthopaedie-gutachten-kuhn.de  
Web: www.orthopaedie-gutachten-kuhn.de

## Fragebogen zur Begutachtung

Sehr geehrte Frau/Herr \_\_\_\_\_

Für die vorgesehene Begutachtung bitte ich Sie, folgende Fragen zu beantworten:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Name:** \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Ihre Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ KG

### Sozialer Satus:

Verheiratet ( ) ja ( ) nein      Ledig ( ) ja ( ) nein

Geschieden ( ) ja ( ) nein      Verwitwet ( ) ja ( ) nein

Kinder: ( ) ja ( ) nein      Sohn (Alter) \_\_\_\_\_      Tochter (Alter) \_\_\_\_\_

### Familie:

Eltern:

Mutter: Alter: \_\_\_\_\_ ggf. wann/woran verstorben?: \_\_\_\_\_

Vater: Alter: \_\_\_\_\_ ggf. wann/woran verstorben?: \_\_\_\_\_

Geschwister: ( ) ja      Anzahl: \_\_\_\_\_      ( ) nein

**Schulbildung:** wieviel Jahre: \_\_\_\_\_      Schulabschluss: \_\_\_\_\_

**Berufsausbildung:** \_\_\_\_\_

Abschluss: \_\_\_\_\_

Sonstige Ausbildungen/Weiterbildungen: \_\_\_\_\_



**Beruflicher Werdegang:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Derzeitige Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

**Beschreibung der Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besteht ein Arbeitsverhältnis?: ( ) ja ( ) nein

Sind Sie Arbeitslos?: ( ) ja ( ) nein

Bei der ARGE gemeldet?: ( ) ja ( ) nein

Beziehen Sie eine Berufsunfähigkeits-Erwerbsunfähigkeitsrente?:

( ) ja ( ) nein

**Schwerbehinderung** anerkannt (GdB)?

( ) ja ( ) nein

GdB:                      Merkmal:

**Pflegegrad** anerkannt?: ( ) ja Grad: \_\_\_\_\_ ( ) nein

Sind Sie z. Zt. Arbeitsunfähig geschrieben?: ( ) ja ( ) nein Hausarzt ( ) Facharzt ( )

Ggf. seit wann: \_\_\_\_\_

Wegen welcher Erkrankung: \_\_\_\_\_



Dr. med.  
**Werner Kuhn**  
Facharzt für Orthopädie  
Gutachter

c/o Therapiezentrum Fahrn GbR  
Kaiser-Friedrich-Str. 127 • 47169 Duisburg  
**Tel.: 02 03 / 5 00 38 62**  
E-Mail: info@orthopaedie-gutachten-kuhn.de  
Web: www.orthopaedie-gutachten-kuhn.de

**Hilfsmittel vorhanden?**

( ) Gehstützen ( ) Rollator ( ) Rollstuhl ( ) Bandagen welche: \_\_\_\_\_ ( )  
Sonstige : \_\_\_\_\_

**Eigene Vorgeschichte:**

**Haben oder hatten Sie außer den üblichen Kinderkrankheiten besondere Erkrankungen?:**

( ) ja ( ) nein  
Welche:

---

---

---

---

**Hatten Sie Operationen?:**

( ) ja ( ) nein

Welche: (bitte mit Jahreszahl aufführen)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Dr. med.  
**Werner Kuhn**  
Facharzt für Orthopädie  
Gutachter

c/o Therapiezentrum Fahrn GbR  
Kaiser-Friedrich-Str. 127 • 47169 Duisburg

**Tel.: 02 03 / 5 00 38 62**

E-Mail: [info@orthopaedie-gutachten-kuhn.de](mailto:info@orthopaedie-gutachten-kuhn.de)

Web: [www.orthopaedie-gutachten-kuhn.de](http://www.orthopaedie-gutachten-kuhn.de)

**Appetit:**      ( ) normal      ( ) gut ( ) schlecht

**Durst:**                      ( ) normal                      ( ) gut                      ( ) schlecht

**Haben Sie Beschwerden mit der:**

Darmentleerung:    ( ) ja                      ( ) nein

Blasentleerung:    ( ) ja                      ( ) nein

Schlafstörung:     ( ) ja                      ( ) nein

**Sehvermögen:**

Brille:                      ( ) ja                      ( ) nein

welche:                      ( ) Lesebrille                      ( ) Weitsichtbrille    ( ) Bifokal-/Gleitsichtbrille

**Hörvermögen:**

eingeschränkt:    ( ) ja                      ( ) nein

                                    ( ) rechts                      ( ) links

Hörgerät:                      ( ) ja                      ( ) nein

**Trinken Sie Alkohol?**                                      ( ) ja                                      ( ) nein

Wein                      ( ) gelegentlich                      ( ) häufiger                      ( ) regelmäßig

Bier                      ( ) gelegentlich                      ( ) häufiger                      ( ) regelmäßig

Schnaps                      ( ) gelegentlich                      ( ) häufiger                      ( ) regelmäßig

**Rauchen Sie?**                      ( ) ja                      ( ) nein

Zigaretten/Tag: \_\_\_\_\_

Zigarren/Tag: \_\_\_\_\_

Pfeife/Tag: \_\_\_\_\_

E-Zigaretten/Tag: \_\_\_\_\_



Dr. med.  
**Werner Kuhn**  
Facharzt für Orthopädie  
Gutachter

c/o Therapiezentrum Fahrn GbR  
Kaiser-Friedrich-Str. 127 • 47169 Duisburg

**Tel.: 02 03 / 5 00 38 62**

E-Mail: [info@orthopaedie-gutachten-kuhn.de](mailto:info@orthopaedie-gutachten-kuhn.de)

Web: [www.orthopaedie-gutachten-kuhn.de](http://www.orthopaedie-gutachten-kuhn.de)

**Nehmen Sie Medikamente ein?:** ( ) ja ( ) nein

Wenn ja, welche und wieviel am Tag?:

---

---

---

---

---

---

---

---

Bringen Sie bitte relevante ärztliche Befunde, Röntgen/CT/MRT Bilder/Befunde,  
Laborbefunde mit.

Zur Begutachtung brauchen Sie **nicht** nüchtern zu erscheinen.

**Für Ihre Mühe herzlichen Dank,**

**Dr. med. Werner Kuhn**

Für Rückfragen

**Tel.: 0203-5 00 38 62**

**E-Mail: [info@orthopaedie-gutachten-kuhn.de](mailto:info@orthopaedie-gutachten-kuhn.de)**