

## Fragenkatalog zur Vorprüfung der Polizeidiensttauglichkeit im Rahmen des EAV

Sehr geehrte Bewerberin, sehr geehrter Bewerber,

bevor Sie Ihre Bewerbung für die Thüringer Polizei vorbereiten, lesen Sie sich bitte nachfolgende Fragen durch.

Wenn Sie eine/ oder mehrere der unten genannten Fragen mit „Ja“ beantworten konnten ist die Wahrscheinlichkeit hoch, vom Polizeiärztlichen Dienst als untauglich eingestuft zu werden. Der Fragenkatalog ist nicht abschließend, sondern gibt einen Anhalt für die häufigsten Ausschließungsgründe.

! Bei **Unklarheiten** oder **Fragen**, wenden Sie sich bitte direkt an den Polizeiärztlichen Dienst unter Telefon: 0361 57 43 94602.

### Für Bewerber, die unter 20 Jahre alt sind:

- |                             |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sehfähigkeit</b>         | { | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beträgt Ihr Sehvermögen ohne Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen etc.) in der Ferne auf dem rechten oder linken Auge weniger als 0,5 (50%)?</li> <li>2. Beträgt Ihr Sehvermögen unter Zuhilfenahme von Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen etc.) auf jedem Auge in der Ferne weniger als 0,8 (80%)?</li> <li>3. Beträgt Ihr Sehvermögen ohne Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen etc.) in der Nähe beim Sehen mit beiden Augen (beidäugig) weniger als 0,3 (30%)?</li> <li>4. Beträgt Ihr Sehvermögen mit Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen etc.) in der Nähe beim Sehen mit beiden Augen (beidäugig) weniger als 0,8 (80%)?</li> <li>5. Wurde bei Ihnen innerhalb von 6 Monaten vor dem angestrebten Einstellungstermin eine die Sehkraft verbessernde (refraktionschirurgische) Operation durchgeführt?</li> </ol> |
| <b>Körperliche Merkmale</b> | { | <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ist Ihr Body-Maß-Index (BMI) kleiner als 18 kg/m<sup>2</sup><br/>Berechnung mit der Formel BMI = (Körpergewicht in Kilogramm) / (Körperlänge in Metern)<sup>2</sup><br/>Bsp.: 55kg / (1,77m x 1,77m) = 17,56 kg/m<sup>2</sup></li> <li>7. Liegt bei Ihnen ein Zustand nach operativen Behandlungen (z.B. Osteosynthesen) mit eingebrachtem und noch zu entfernendem Fremdmaterial vor?</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Erkrankungen</b>         | { | <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Liegt bei Ihnen ein Anfallsleiden (Epilepsie) vor?</li> <li>9. Leiden Sie an einer Bluthochdruckerkrankung (Hypertonie)?</li> <li>10. Liegt bei Ihnen eine chronisch zu Rückfällen neigende Erkrankung der Lunge vor (z.B. Bronchialasthma)?</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

**Für Bewerber, die 20 Jahre oder Älter sind:**

**Sehfähigkeit**

1. Beträgt Ihr Sehvermögen ohne Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen etc.) in der Ferne auf dem rechten oder linken Auge weniger als 0,3 (30%)?
2. Beträgt Ihr Sehvermögen unter Zuhilfenahme von Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen etc.) auf jedem Auge in der Ferne weniger als 0,8 (80%)?
3. Beträgt Ihr Sehvermögen ohne Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen etc.) in der Nähe beim Sehen mit beiden Augen (beidäugig) weniger als 0,3 (30%)?
4. Beträgt Ihr Sehvermögen mit Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen etc.) in der Nähe beim Sehen mit beiden Augen (beidäugig) weniger als 0,8 (80%)?
5. Wurde bei Ihnen innerhalb von 6 Monaten vor dem angestrebten Einstellungstermin eine die Sehkraft verbessernde (refraktionschirurgische) Operation durchgeführt?

**Körperliche Merkmale**

6. Ist Ihr Body-Maß-Index (BMI) kleiner als 18 kg/m<sup>2</sup>  
Berechnung mit der Formel BMI = (Körpergewicht in Kilogramm) / (Körperlänge in Metern)<sup>2</sup>  
Bsp.: 55kg / (1,77m x 1,77m) = 17,56 kg/m<sup>2</sup>
7. Liegt bei Ihnen ein Zustand nach operativen Behandlungen (z.B. Osteosynthesen) mit eingebrachtem und noch zu entfernendem Fremdmaterial vor?

**Erkrankungen**

8. Liegt bei Ihnen ein Anfallsleiden (Epilepsie) vor?
9. Leiden Sie an einer Bluthochdruckerkrankung (Hypertonie)?
10. Liegt bei Ihnen eine chronisch zu Rückfällen neigende Erkrankung der Lunge vor (z.B. Bronchialasthma)?