

Anamnesebogen für arbeitsmedizinische Untersuchungen (Seite 1) – Vertraulich!

Familienname: _____	Ihr Termin am: _____	um: _____	Uhr
Vorname: _____	<u>Bitte bringen Sie zum Termin mit:</u>		
Geburtsdatum: _____	<input type="checkbox"/> Lichtbildausweis (Dienst-, Personalausweis oder Reisepass)		
	<input checked="" type="checkbox"/> Impfdokumente (falls vorhanden)		
Anschrift: _____	<input checked="" type="checkbox"/> letzte Laborwerte (falls vorhanden):		
	<input checked="" type="checkbox"/> Brille bzw. sonstige Sehhilfen (falls vorhanden)		
Tel.-Nr.: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Diesen Fragebogen!		
Eigene Tätigkeit: _____	Wenn Sie sich bei der Beantwortung einzelner Fragen unsicher sind, lassen Sie diese bitte unbeantwortet. Offene Fragen können im Gespräch mit dem Arzt geklärt werden.		
Arbeitgeber _____	<u>Bitte beachten Sie:</u>		
Adresse _____	<input type="checkbox"/> zwei Stunden vor dem Termin nüchtern bleiben		

Auf Veranlassung Ihres Arbeitgebers wird bei Ihnen aufgrund der arbeitsmedizinischen Vorsorge oder aufgrund der Notwendigkeit einer Eignungsüberprüfung für eine bestimmte Tätigkeit eine arbeitsmedizinische Untersuchung durchgeführt. Diese dient der Erkennung individueller gesundheitlicher Risiken durch Ihre Berufstätigkeit und damit Ihrem persönlichen Schutz bzw. der Feststellung, ob Sie für eine bestimmte Tätigkeit geeignet sind. Hierzu benötigen wir u. a. Angaben über Ihre medizinische und berufliche Vorgeschichte. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden keinesfalls dem Arbeitgeber oder Dritten Personen mitgeteilt.

<u>I. Eigenanamnese (Zutreffendes ankreuzen und bei JA unterstreichen oder schriftlich ergänzen)</u>	JA	NEIN
• Bestehen oder bestanden früher einmal berufsbedingte gesundheitliche Probleme _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hatten Sie Unfälle mit bleibenden Verletzungsfolgen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Besteht eine Schwerbehinderung? Ursache und GdB in % _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Liegt eine anerkannte Minderung der Erwerbsfähigkeit vor? MdE in % _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?		
• der Augen (z.B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Blindheit) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• der Ohren (z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus, Schwindel) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• der Schilddrüse (z.B. Überfunktion, Unterfunktion, Struma) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkte, KHK, Bluthochdruck) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• der Atemwege (z.B. Tuberkulose, Asthma, COPD) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z.B. Virushepatitis) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• des Magens, Darms (z.B. Entzündung, Geschwüre) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• der Nieren, Blase (z.B. Nierensteine) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• der Wirbelsäule (z.B. Bandscheibenleiden) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• der Gelenke (z.B. Rheuma, Arthrose) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• des Nervensystems (z.B. Schwindelanfälle, Migräne, Epilepsie, Depression) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• der Haut (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heuschnupfen, Allergien – wenn JA, gegen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstige chronische Krankheiten oder Gesundheitsstörungen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stationäre Krankenhausaufenthalte (z.B. Operationen, Unfälle, Reha) – wenn JA, warum und wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anamnesebogen für arbeitsmedizinische Untersuchungen (Seite 2) – Vertraulich!

II. Familienanamnese: (Erkrankungen in der Familie)	JA	NEIN
• z. B. Bluthochdruck, Asthma, Allergien, Tuberkulose, Zuckerkrankheit, Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Jetziger Gesundheitszustand:	JA	NEIN
• Fühlen Sie sich aktuell gesund und beschwerdefrei? Falls NEIN, welche Beschwerden haben Sie? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Befinden sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? Falls JA, wegen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls JA, Name(n) und Dosierung angeben: angeben: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nehmen Sie Drogen? Falls JA, welche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rauchen Sie? Falls JA, wie viele Zigaretten pro Tag _____, seit wie vielen Jahren _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• An wie vielen Tagen in der Woche trinken Sie Alkohol <input type="checkbox"/> täglich, <input type="checkbox"/> jeden 2.Tag <input type="checkbox"/> 2-3Tage/Wo <input type="checkbox"/> 1-2 Tage/Wo <input type="checkbox"/> 1 Tag/Woche <input type="checkbox"/> nie		
• Nur Bei FRAUEN: Letzte Periode: _____ Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> fraglich		
• Wann war die die letzte Röntgen-Thorax Untersuchung (Jahr)? _____ wo? _____		

IV. Fragen zum Infektionsschutz:	JA	NEIN
Diese Fragen brauchen Sie nur zu beantworten, wenn Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit mit Lebensmitteln in Kontakt kommen, d. h. Lebensmittel herstellen, behandeln oder in Verkehr bringen und dabei mit ihnen direkt (mit der Hand) oder indirekt über Bedarfsgegenstände (z.B. Geschirr, Besteck, usw.) in Berührung kommen.		
• Leiden Sie an einer infektiösen Durchfallerkrankung (z.B. Typhus, Paratyphus, Cholera, Shigellenruhr, Salmonellose) oder einer Virushepatitis-A oder –E bzw. besteht der Verdacht auf eine dieser Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hat bei Ihnen die Untersuchung einer Stuhlprobe die Ausscheidung von krankmachenden Keimen (Salmonellen, Shigellen, Cholera- oder sog. enterohämorrhagischen Escherichia coli-Bakterien) ergeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leiden Sie an einer infizierten Wunde oder einer ansteckenden Hauterkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Für Beschäftigte im Gesundheitsdienst und Beschäftigte in infektionsgefährdeten Bereichen:
• Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft und wenn JA, wann erfolgte die letzte Impfung (Jahr)? Hepatitis A <input type="checkbox"/> _____ Tetanus <input type="checkbox"/> _____ Polio <input type="checkbox"/> _____ Röteln <input type="checkbox"/> _____ Hepatitis B <input type="checkbox"/> _____ Diphtherie <input type="checkbox"/> _____ Masern <input type="checkbox"/> _____ FSME <input type="checkbox"/> _____
• Bereits durchgemachte Infektionskrankheiten z.B. Kinderkrankheiten (Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten), Hepatitis-Erkrankungen, etc./ Ergebnisse der letzten Labortests (z.B. Anti-Hbs-, Anti-HCV-, Anti-HIV-Antikörper etc.)? _____
• letzter Tuberkulin-Test (Jahr)? _____ Ergebnis: positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/>

- Hiermit erkläre ich, dass ich alle für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes bedeutsamen Fragen, v.a. diejenigen nach körperlichen und geistigen Erkrankungen/ Einschränkungen, wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

- Mit der elektronischen Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden.

- Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Weitergabe der Daten bedarf meiner schriftlichen Genehmigung.

_____, den _____, Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____