

ANAMNESEBOGEN

Bitte ausfüllen und zur Untersuchung mitbringen.

Die Angaben auf diesem Fragebogen und die erhobenen Befunde unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§203 StGB).

Name:	<input type="text"/>	Erlerner Beruf:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Jetzige Tätigkeit	<input type="text"/>
geb. am:	<input type="text"/>	Tätigkeit seit / ab:	<input type="text"/>
Telefon dienstl.:	<input type="text"/>	Arbeitsst./Woche:	<input type="text"/>
Telefon privat.:	<input type="text"/>	Hausarzt:	<input type="text"/>
Straße Hausnr.:	<input type="text"/>		
PLZ Wohnort:	<input type="text"/>		
Arbeitgeber:	<input type="text"/>		
Abteilung/Einrichtung:	<input type="text"/>		
Schichtarbeit:	Frühschicht <input type="checkbox"/> Spätschicht <input type="checkbox"/> Nachtschicht <input type="checkbox"/> anderes Schichtsystem <input type="checkbox"/>		

Berufliche Vorgeschichte: Bisherige berufliche Tätigkeiten in Reihenfolge nach der Schulzeit

1.
2.
3.
4.
5.

Hatten Sie bisher (beruflichen) Umgang mit: (Zutreffendes bitte ankreuzen und eintragen von wann bis wann)

- Gefahrstoffen (z.B. Asbest, Blei, Cadmium ...)
- Infektionserregern
- Hitze
- Lärm
- Staub

Sonstige Gefährdungen:

-
-

Vegetative Anamnese:

Größe:		Gewicht:	
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein	nicht mehr seit:	ja <input type="checkbox"/>	Zigaretten pro Tag: seit: Jahren
Wie viel Alkohol trinken Sie in der Woche?	Gläser Bier	Gläser Wein	Gläser Spirituosen
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (z.B. Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Pille ...) <input type="checkbox"/> nein	ja <input type="checkbox"/>	Welche?	
Konsumieren Sie Drogen? (z.B. Haschisch, Ecstasy ...) <input type="checkbox"/> nein	ja <input type="checkbox"/>	Welche?	
Treiben Sie regelmäßig Sport? <input type="checkbox"/> nein	ja <input type="checkbox"/>	Wie häufig? Sportart/en	<input type="checkbox"/> 1*/Woche <input type="checkbox"/> mehrmals/Woche <input type="checkbox"/> täglich
Haben Sie Schlafstörungen?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		
Ärzte, die Sie regelmäßig aufsuchen:	<input type="text"/>		

Bitte wenden!

ANAMNESEBOGEN

Name:

Haben oder hatten Sie

nein ja Wenn ja, w as genau und w ann?

Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankenhausaufenthalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sehschw äche (z. B. Brille)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schw erhörigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwindel / Gleichgewichtsstörungen / Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzkrankungen (z. B. Rhythmusstörung, Infarkt, Brustschmerz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gefäßkrankheiten (z. B. Schlaganfall, Thrombose, Embolie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Atemwegserkrankungen (z. B. Husten, Auswurf, Luftnot, Asthma, Lungenentzündung, chronische Bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen- / Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leber- u. Galleerkrankungen / Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blasen- / Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wirbelsäulenerkrankungen (z. B. Bandscheibenvorfall, Osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelenk- / Muskel- / Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Körperbehinderung / Bewegungsein- schränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hauterkrankungen / Hautprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien (z. B. Heuschnupfen, Asthma, Ekzeme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erkrankungen des Nervensystems / Schwere seelische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden, Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Erkrankungen (z. B. des Blutes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kur / Reha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arbeitsunfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Berufskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Grad der Behinderung (GdB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Haben Sie zurzeit gesundheitliche Beschwerden? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Treten regelmäßig gesundheitliche Beschwerden am Arbeitsplatz auf?

Wenn ja, welche? _____

Ich bestätige, dass meine Angaben richtig sind. Datum: _____ Unterschrift: _____

Zur Kenntnis genommen. Unterschrift des Arztes : _____