

Anamnesebogen

Alle Angaben auf diesem Fragebogen und die erhobenen Befunde obliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Name	_____	Arbeitgeber	_____
Vorname	_____	Erlerner Beruf	_____
Geburtsdatum	_____	Aktuelle Tätigkeit	_____
Straße	_____	Vorherige Tätigkeit	_____
Wohnort	_____	Arbeitsstd. pro Woche	_____
Familienstand	_____	Schichtarbeit?	_____
Telefon privat	_____	Telefon dienstlich	_____

Berufliche Vorgeschichte

Bisherige berufliche Tätigkeiten in Reihenfolge nach der Schulzeit:

1. _____

2. _____

3. _____

Hatten Sie bisher (beruflichen) Umgang mit (bitte zutreffendes ankreuzen):

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

Haben Sie eine Hepatitis? Nein Ja früher Jahr: _____

Sind Sie gegen Hepatitis A
und oder B geimpft? Nein Ja Wann? _____

Wurde ein Titer bestimmt? Nein Ja Wann? _____

Familiäre Vorgeschichte

Gab es bzw. gibt es bei ihren Eltern, Großeltern, Geschwistern, Onkel oder Tanten:

- Allergien _____
- Bluthochdruck/Herzinfarkt _____
- Krebserkrankungen _____
- Schlaganfall _____
- Diabetes _____
- Andere Erkrankung _____

Vegetative Anamnese

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Rauchen Sie? Nein Ja nicht mehr, seit _____ Päckchen pro Tag _____ Jahre _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja _____ Gläser pro Tag Bier Wein/Sekt Schnaps

Nehmen Sie Medikamente? Nein Ja Welche? _____

Treiben sie regelmäßig Sport? Nein Ja Was? _____

Haben Sie Schlafstörungen? Nein Ja

Ärzte, die Sie regelmäßig besuchen: _____

Anmerkungen Arzt: _____

Haben oder hatten Sie:	nein	früher	Ja	Erläuterungen
Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Krankenhausaufenthalte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Unfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Häufige Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sehschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schwerhörigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schwindel/Gleichgewichtsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzerkrankung (z.B. Rhythmusstörungen/Infarkt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Krampfleiden, Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Häufig Husten/Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Asthma/COPD/Luftnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Erkrankungen im Bauchbereich (z.B. Magen, Darm, Leber,Galle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Blasen-/Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Eine schwere seelische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hauterkrankung/Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Allergien (Heuschnupfen, Neurodermitis, Hautausschlag, Asthma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gelenkschmerz/Muskelschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kur/Reha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Berufskrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schwerbehinderung/MdE/GdB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Für Frauen: Gynäkologische Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie Kinder geboren?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	

Ich bin mit der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung und der Weitergabe der arbeitsmedizinischen Bescheinigung an meinen Arbeitgeber einverstanden: Ja Nein

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass meine Angaben richtig sind.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Danke für Ihre Mitarbeit !