

## 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"/>	
<b>Für Frauen:</b> 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 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 !**