Dr. med. Nils Gaier
FA Arbeitsmedizin
info@amro-med.de
0177 4630782

nils gaier
Arbeitsmedizin – Strahlenschutz
Verkehrsmedizin

Anamnesebogen
für Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

Vor- Nachname:

Geburtsdatum:

Geburtsname:

Adresse:

Tel.-Nr.:

Email-Adresse:

Tätigkeit:

Dienststelle:

Abteilung:

***Bitte bringen Sie zum Termin mit*:**

- ☑ Lichtbildausweis (Dienst-, Personalausweis)
- ☑ Impfbuch (falls vorhanden)
- ☑ Brille bzw. sonstige Sehhilfen
- ☑ Diesen Fragebogen!
- ☐

Wenn Sie sich bei der Beantwortung der Fragen unsicher sind, lassen Sie sie bitte unbeantwortet. Offene Fragen können im Gespräch mit dem Betriebsarzt geklärt werden.

Auf Veranlassung Ihres Arbeitgebers wird bei Ihnen eine arbeitsmedizinische Vorsorge durchgeführt. Diese dient der Erkennung individueller gesundheitlicher Risiken durch Ihre Berufstätigkeit und damit Ihrem persönlichen Schutz.
Hierzu benötigen wir u. a. auch Angaben über Ihre Vorgeschichte. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden keinesfalls dem Arbeitgeber mitgeteilt. Bitte beantworten Sie folgende Fragen indem Sie das zutreffende ankreuzen bzw. ergänzen.

Eigenanamnese	**Ja**	**Nein**
• Alter: Größe: Gewicht:		
• Bestehen oder bestanden früher einmal berufsbedingte gesundheitliche Probleme? wenn JA – welche?:	☐	☐
• Hatten Sie Unfälle mit erheblichen Verletzungsfolgen?	☐	☐
• Besteht eine Schwerbehinderung? Ursache und GdB in %	☐	☐
• Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor? MdE in %	☐	☐
Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? (Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen)		
Erkrankung der Augen (z.B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit)	☐	☐
der Ohren (z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus)	☐	☐
der Schilddrüse (z.B. Überfunktion, Unterfunktion)	☐	☐
des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkte, Bluthochdruck)	☐	☐
der Atemwege (z.B. Tuberkulose, Asthma)	☐	☐
der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z.B. Virushepatitis)	☐	☐
des Magens, Darms (z.B. Schleimhautentzündung, Geschwür)	☐	☐
der Nieren, Blase (z.B. Koliken)	☐	☐
der Wirbelsäule (z.B. Bandscheibenleiden)	☐	☐
der Gelenke (z.B. Rheuma, Arthrose)	☐	☐
des Nervensystems (z.B. Schwindelanfälle, Migräne, Epilepsie)	☐	☐
der Psyche (z.B. Depression, Burnout)	☐	☐
des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit)	☐	☐
der Haut (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme)	☐	☐
Heuschnupfen, Allergien – wenn JA - gegen:	☐	☐

Dr. med. Nils Gaier
FA Arbeitsmedizin
info@amro-med.de
0177 4630782

nils gaier
Arbeitsmedizin – Strahlenschutz
Verkehrsmedizin

Anamnesebogen
für Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

Sonstige chronische Krankheiten oder Gesundheitsstörungen	☐	☐
Stationäre Krankenhausaufenthalte (z.B. Operationen, Unfälle) – wenn JA - Art der OP und wann ?	☐	☐
Nehmen Sie Dauermedikamente ein – wenn JA, welche ?	☐	☐

Familienanamnese: ***(Erkrankungen in der Familie, d.h. Eltern, Geschwister, Kinder)***	**Ja**	**Nein**
z. B. Bluthochdruck, Asthma, Allergien, Tuberkulose, Zuckerkrankheit, Krebserkrankung	☐	☐

Jetziger Gesundheitszustand	**Ja**	**Nein**
Fühlen Sie sich derzeit gesund und beschwerdefrei? Wenn NEIN, welche Beschwerden haben Sie?	☐	☐
Sind Sie mit Ihrer Arbeit zufrieden? Wenn NEIN - warum?	☐	☐
Befinden sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? wenn JA – wegen?	☐	☐
Rauchen/Vapen/Dampfen Sie ? Wenn JA – was und wie oft ?	☐	☐
Trinken Sie regelmäßig Alkohol ? Wenn JA – was und wie oft ?	☐	☐
Nehmen Sie Drogen ?	☐	☐

Infektionsschutz: Lebensmittel/GMP (<u>füllt der Arzt aus</u>)	**Ja**	**Nein**
Leiden Sie an einer infektiösen Durchfallerkrankung (insbesondere Typhus, Paratyphus, Cholera, Shigellenruhr, Salmonellose) oder einer Virushepatitis-A oder –E bzw. besteht der Verdacht auf eine dieser Erkrankungen?	☐	☐
Hat bei Ihnen die Untersuchung einer Stuhlprobe die Ausscheidung von krankmachenden Keimen (insbesondere Salmonellen, Shigellen, Choleravibrionen oder sog. Enterohämorrhagischen Escherichia coli-Bakterien) ergeben?	☐	☐
Leiden Sie an einer infizierten Wunde oder einer ansteckenden Hauterkrankung?	☐	☐

Infektionsschutz (<u>füllt der Arzt aus</u>)	**Ja**	**Nein**
Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft und wenn JA wann erfolgte die letzte Impfung?		
Hepatitis A ☐ Tetanus ☐ MMR ☐ Hepatitis B ☐ Diphtherie ☐		
TBC/BCG ☐ Polio ☐ FSME ☐ Pneumokokken ☐ Gürtelrose ☐		
Bereits durchgemachte Infektionskrankheiten z.B. Kinderkrankheiten (Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten), Hepatitis-Erkrankungen, etc.	☐	☐

Hiermit erkläre ich, dass ich auf diesem Fragebogen alle für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes bedeutsamen Fragen, vor allem diejenigen nach körperlichen und geistigen Gebrechen, 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 meiner personenbezogenen Daten bedarf meiner schriftlichen Genehmigung.

Ort, Datum

Unterschrift