

Anamnesebogen

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsname _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Tätigkeit _____

Dienststelle _____

Abteilung _____

Bitte bringen Sie zum Termin mit:

- Lichtbildausweis
(Dienst-, Personalausweis oder Reisepass)
- 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. Dieser wird lediglich informiert, ob arbeitsmedizinische Bedenken gegen eine Beschäftigung bestehen oder nicht. Bitte beantworten Sie folgende Fragen indem Sie das zutreffende ankreuzen und ggf. unterstreichen bzw. ergänzen.

Eigenanamnese

Bestehen oder bestanden früher einmal berufsbedingte gesundheitliche Probleme? Ja Nein

wenn „Ja“ – welche _____

Hatten Sie Unfälle mit erheblichen Verletzungen? Ja Nein

wenn „Ja“ – welche _____

Besteht eine Schwerbehinderung? Ja Nein

Ursache und GdB in % _____

Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor? Ja Nein

MdE in % _____

Institut für Arbeits- und Sozialmedizin
Postfach 10 14 46, 44544 Castrop-Rauxel

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? (Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen)

- Erkrankungen der Augen (z.B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, _____) Ja Nein
- der Ohren (z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus, _____) Ja Nein
- der Schilddrüse (z.B. Überfunktion, Unterfunktion, _____) Ja Nein
- des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkt, Bluthochdruck, _____
_____) Ja Nein
- der Atemwege (z.B. Tuberkulose, Asthma, _____) Ja Nein
- der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z.B. Virushepatitis, _____) Ja Nein
- des Magens, Darms (z.B. Schleimhautentzündung, Geschwür, _____
_____) Ja Nein
- der Nieren, Blase (z.B. Koliken, _____) Ja Nein
- der Wirbelsäule (z.B. Bandscheibenleiden, _____) Ja Nein
- der Gelenke (z.B. Rheuma, Arthrose, _____) Ja Nein
- des Nervensystems (z.B. Schwindelanfälle, Migräne, Epilepsie, Gemütskrankheit, _____
_____) Ja Nein
- des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit, _____) Ja Nein
- der Haut (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme, _____
_____) Ja Nein
- Heuschnupfen, Allergien | wenn „Ja“ – gegen _____ Ja Nein

Sonstige chronische Krankheiten oder Gesundheitsstörungen _____ Ja Nein

Stationäre Krankenhausaufenthalte (z.B. Operationen, Unfälle) _____ Ja Nein

wenn „Ja“ – Art der OP und wann _____

Familienanamnese (Erkrankungen in der Familie, d.h. Eltern, Geschwister, Kinder)

z.B. Bluthochdruck, Asthma, Allergien, Tuberkulose, Zuckerkrankheit, Krebserkrankung _____ Ja Nein

Institut für Arbeits- und Sozialmedizin
Postfach 10 14 46, 44544 Castrop-Rauxel

Jetziger Gesundheitszustand

Fühlen Sie sich derzeit gesund und beschwerdefrei? Ja Nein

wenn „Nein“ – welche Beschwerden haben Sie? _____

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

wenn „Ja“ – wegen _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

wenn „Ja“ – Namen und Dosierung _____

Nehmen Sie Drogen? Ja Nein

Wann erfolgte die letzte Röntgen-Thorax Untersuchung? _____

Wo? _____

Bei Frauen: Letzte Periode _____

Besteht eine Schwangerschaft? fraglich Ja Nein

Fragen zum Infektionsschutz

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 inverkehrbringen 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 (insbesondere Typhus, Paratyphus, Cholera, Shigellenruhr, Salmonellose) oder einer Virushepatitis-A oder -E bzw. besteht der Verdacht auf eine dieser Erkrankungen? Ja Nein

Hat bei Ihnen die Untersuchung einer Stuhlprobe die Ausscheidung von krankmachenden Keimen (insbesondere Salmonellen, Shigellen, Choleravibrionen oder sog. Enterohämorrhagischen Escherichia coli-Bakterien ergeben? Ja Nein

Leiden Sie an einer infizierten Wunde oder einer ansteckenden Hauterkrankung? Ja Nein

Institut für Arbeits- und Sozialmedizin
Postfach 10 14 46, 44544 Castrop-Rauxel

Jetziger Gesundheitszustand

Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft und wenn „Ja“ – wann erfolgte die letzte Impfung?

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A _____ | <input type="checkbox"/> Tetanus _____ | <input type="checkbox"/> Röteln _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B _____ | <input type="checkbox"/> Diphtherie _____ | <input type="checkbox"/> BCG _____ |

Bereits durchgemachte Infektionskrankheiten

z.B. Kinderkrankheiten (Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten),
Hepatitis-Erkrankungen, etc.

Wann wurde der letzte Tuberkulin-Stempeltest angelegt? _____

Ergebnis positiv negativ

Einverständniserklärung

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.

Castrop-Rauxel, den _____ Datum _____ Unterschrift _____