

Anamnesebogen zur arbeitsmedizinischen Betreuung

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Erlerner Beruf/Berufsbezeichnung: _____

Private Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ ORT: _____

Private Telefonnummer: _____ Station/ Abt.: _____

Mit diesem Fragebogen will der Betriebsarzt Zeit gewinnen – **für Sie!**

Helfen Sie ihm durch sorgfältiges Ausfüllen! Das persönliche Gespräch ist wichtig und soll durch diese Fragebogen nicht ersetzt, sondern zeitlich ermöglicht werden. Der Betriebsarzt will sich mit Ihnen ebenso aussprechen, wie Sie vielleicht auch Fragen an ihn richten wollen. **Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Dies gilt auch für die Angaben in diesem Fragebogen.**

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die zutreffende Antwort an. Detaillieren Sie Krankheitsangaben in der Spalte rechts daneben!

Eigene Erkrankungen:

Bestehen oder bestanden bei Ihnen Erkrankungen bzw. Beschwerden folgender Organe?

Infektionskrankheiten Nein ☐ Ja ☐ Erläuterung _____
z.B. Tuberkulose; Gelbsucht; Röteln; etc.

Ohren Nein ☐ Ja ☐ Erläuterung _____
z.B. häufige Entzündungen;
Schwerhörigkeit; etc.

Augen Nein ☐ Ja ☐ Erläuterung _____
z.B. Brillenträger; Kontaktlinsen;
Hornhautverkrümmung; etc.;

Atemwege Nein ☐ Ja ☐ Erläuterung _____
z.B. Bronchitis; Asthma; Nasennebenhöhlenentzündungen; etc.

Bluterkrankungen Nein ☐ Ja ☐ Erläuterung _____
z.B. Anämie; Eisenmangel; etc.

Herz/ Kreislauf Nein ☐ Ja ☐ Erläuterung _____
z.B. Bluthochdruck; Herzrasen etc.;

Verdauungsorgan Nein ☐ Ja ☐ Erläuterung _____
z.B. Fingerdarm; Bauchspeicheldrüse; Morbus Crohn; Colitis; etc.;

Stoffwechselerkrankung Nein ☐ Ja ☐ Erläuterung _____
z.B. Diabetes; Gicht; Schilddrüse; etc.

Bewegungsapparat Nein ☐ Ja ☐ Erläuterung _____
z.B. Arthrose;

Allergie/Haut/Schleimhäute Nein ☐ Ja ☐ Erläuterung _____
z.B. Heuschnupfen; etc.

Geschlechtsorgane Nein ☐ Ja ☐ Erläuterung _____
z.B. Fehlgeburt etc.;

neurologischen Erkrankungen Nein ☐ Ja ☐ Erläuterung _____
z.B. Epilepsie; Migräne; etc.;

psychische Erkrankungen Nein ☐ Ja ☐ Erläuterung _____
z.B. Depressionen; Angststörungen; etc.;

Operationen Nein ☐ Ja ☐ Erläuterung _____

Unfälle Nein ☐ Ja ☐ Erläuterung _____
z.B. Arbeits- oder Wegeunfälle etc.;

Sportliche Betätigung Nein ☐ Ja ☐ gelegentlich ☐

Schwerbehinderung Nein ☐ Ja ☐ GdB: _____ %

Berufskrankheiten Nein ☐ Ja ☐ Art: _____

Nikotin Nein ☐ Ja ☐ _____ St./Tag

Alkohol Nein ☐ selten ☐ täglich ☐ wöchentlich ☐

Suchtstoffe Nein ☐ Ja ☐ Erläuterung _____
z.B. Kokain, Crack, MDMA und Amphetamin, Opioide wie Heroin und Fentanyl sowie Neue Psychoaktive Stoffe (NPS) wie synthetische Cannabinoide, synthetische Cathinone und synthetische Opioide, und weitere.

Arbeiten Sie mit Mäusen oder anderen Tieren? Nein ☐ Ja ☐ _____

Medikamente: _____

Hausarzt: _____

Ich wurde vom Arzt/Assistent/Physician Assistant über Risiken und Nebenwirkungen (blauer Fleck, Schmerzen an der Einstichstelle, etc.) bei der Blutentnahme belehrt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Datum _____ Unterschrift _____

C10 durchgeführt:

Nein ☐ Ja ☐

Impfbuch vorgelegt? Nein ☐ Ja ☐