

Anamnese (Vorgeschichte)

Name, Vorname:	Arbeitgeber:
Geburtsdatum:	Abteilung:
Straße, Nr.:	Seit wann im Unternehmen:
PLZ, Ort:	Jetzige Tätigkeit:
Telefon:	E-Mail:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen in Druckbuchstaben, bzw. kreuzen Sie das zutreffende Feld an!		Notizen des Arztes
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Verrichten Sie überwiegend Schichtarbeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Früh- und Spätschicht <input type="checkbox"/> ja, vollkontinuierliche Wechselschicht <input type="checkbox"/> Nachtarbeit	
Welche persönliche Schutzausrüstung benutzen Sie? (Schutzhelm, Gehörschutz, Sicherheitsschuhe etc.)		
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht mehr <input type="checkbox"/> ja – in welchem Zeitraum und Abständen	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie viele/Tag? <input type="checkbox"/> nicht mehr	
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja & wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> nicht mehr	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, auf Rezept <input type="checkbox"/> ja, ohne Rezept	
Nehmen Sie regelmäßig Beruhigungsmittel/Schlafmittel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, auf Rezept <input type="checkbox"/> ja, ohne Rezept	
Führen Sie einen Grad der Behinderung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja % <input type="checkbox"/> beantragt	
Liegt ein Schwerbehinderten Ausweis vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> beantragt	
Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen den Arbeitsplatz gewechselt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> regelmäßig	
Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt?		
Hitze / Wärmestrahlung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja, dauernd	
Kälte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja, dauernd	
Nässe / Feuchtigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja, dauernd	
Gerüche / Dämpfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja, dauernd	
Staub	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja, dauernd	
Lärm	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja, dauernd	
Gefahrstoffe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ja, dauernd	

Bestehen bei Ihnen folgende Gesundheitsstörungen	Ja /Nein	Wenn ja, (seit) wann und was genau?	Notizen des Arztes
Augenerkrankung/Sehstörung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Ohrenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Neigen Sie schon bei geringer körperlicher Tätigkeit (z. B. Treppensteigen) zu Atemnot oder Brustschmerzen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Neigen Sie zu Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Zuckererkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Magen- und Darmbeschwerden	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Lebererkrankung (z.B. Hepatits)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Krampfadern	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Allergien	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Epilepsie/Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Hatten Sie eine längere AU?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Hatten Sie Krankenhausaufenthalte in der vergangenen Zeit?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Sind Sie operiert worden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Gehen Sie zur Krebsvorsorgeuntersuchung? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Sind in den letzten 6 Monaten ungewollter Gewichtsverlust, Nachtschweiß, Fieber oder andere ungewohnte Beschwerden aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Haben Sie psychische Probleme?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Bestehen bei Ihnen psychiatrische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Haben Sie andere Erkrankungen, welche hier nicht aufgeführt sind?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Raum für Ihre persönlichen Angaben:			

Ich bestätige, dass meine Angaben korrekt sind.

Datum:

Unterschrift Proband:in:

Unterschrift Arzt/Ärztin: