

Anamnesebogen
FOLGEUNTERSUCHUNG Betriebsmedizin

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zum Termin mitbringen

Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Dies gilt auch für Ihre Angaben in diesem Fragebogen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte direkt an uns!

IHRE PERSONALIEN

Name	Geb.Name (ggfs.)	Vorname		
geb am.	Geburtsort	Nationalität		
Straße, Hausnr.	PLZ	Ort		
Telefonnummer	Handynummer			
Arbeitgeber	Abteilung/Einrichtung			
Aktueller Beruf	Tätigkeit seit			
Schichtarbeit	Frühschicht	Spätschicht	Nachtschicht	anderes Schichtsystem

Haben sich seit dem letzten betriebsärztlichen Kontakt neue Gefährdungen in Ihrem beruflichen Umfeld ergeben?

			welche	von wann bis wann
Gefahrstoffen	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
Infektionserregern	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
Hitze	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
Lärm	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
Staub	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
Sonstige Gefährdungen	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja

IHRE GESUNDHEITSVORGESCHICHTE

A. Vegetative Anamnese

Größe: cm Gewicht: kg

Rauchen Sie? nein ja Nicht mehr seit

Wenn ja: Zigaretten/Tag seit Jahren

Konsumieren Sie Drogen? nein ja

Wenn ja: welche und wie häufig?

Haben Sie Schlafstörungen? nein ja

Treiben Sie regelm. Sport? nein ja

Wenn ja: wie häufig?

B. Haben sich seit dem letzten Kontakt ÄNDERUNGEN ergeben?

▪ Berufsbedingte Unfälle?

nein ja

wann Gesundheitliche Folgen

▪ Operationen?

nein ja

▪ Anerkannte Berufskrankheit (en)?

nein ja

seit wann welche

11. **What is the primary purpose of the *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*?**

▪ Grad der Behinderung (GdB) oder Erwerbsminderung?

nein ja

seit wann? welche

1. **What is the primary purpose of the study?**

▪ Eigene Vorerkrankungen?

nein ja

- Bei Frauen

Besteht eine Schwangerschaft nein ja _____ Woche

Stillen Sie? nein ja

▪ **Regelmäßige Medikation**

Hat sich Ihre Medikation seit dem letzten Kontakt geändert? nein ja, folgende

Präparat (Name, Dosierung)	Mo	Mi	Ab	z.N.

AKTUELLES

A. Aktuelle Beschwerden

Bestehen aktuell Beschwerden?

nein ja

welche

B. Treten regelmäßig gesundheitliche Beschwerden am Arbeitsplatz auf?

nein ja

welche

WICHTIG! Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin Ihren Impfausweis mit!

Die gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten