

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Frühschicht Spätschicht Nachtschicht anderes Schichtsystem </div>		

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

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

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
wann welche

--	--

▪ **Anerkannte Berufskrankheit (en)?**

☐ nein ☐ ja
seit wann welche

--	--

▪ **Grad der Behinderung (GdB) oder Erwerbsminderung?**

☐ nein ☐ ja
seit wann? welche

--	--

▪ **Eigene Vorerkrankungen?**

☐ nein ☐ ja
seit wann welche

--	--

▪ **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