

Arbeits- und betriebsmedizinischer Anamnesebogen

Firma: _____ Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____ Handy: _____

Privatanschrift: _____

E-Mail: _____ Hausarzt: _____

Abgeschlossene Berufsausbildung als: _____

Jetzige Tätigkeit/Arbeitsplatz: _____

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

Waren Sie schon einmal in unserer Praxis?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Aktuelle Beschwerden: (z. B. ständiges Durstgefühl, häufiges Wasserlassen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Unfälle/Operationen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Beschwerden am Bewegungsapparat: (z. B. Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule, Bandscheibenvorfall, Schulter)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Herz-/Kreislaufkrankungen: (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Erkrankungen der Atmungsorgane: (z. B. Tuberkulose, Lungenentzündung, Auswurf, Husten, Bronchitis)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Erkrankungen des Verdauungstraktes: (z. B. Magen, Darm, Leber, Galle)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Neurologische Störungen: (z. B. Schwindel, Lähmungen, Epilepsie, Gleichgewicht, Bewusstseinsstörung)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Stoffwechselerkrankungen: (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Psychische Beschwerden: (z. B. Depressionen, Schizophrenie)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Schlafstörungen oder Tagesmüdigkeit: (z. B. Schlafapnoe-Syndrom)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Bekannte Hauterkrankungen: (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:

Name: _____ Vorname: _____

Bekannte Allergien:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Hörstörung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Seh- oder Farbsehstörungen: (z. B. Grauer- oder Grüner Star, Glaukom)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Bluterkrankung: (z. B. Blutungsneigung, häufig blaue Flecken)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Dauerbehandlung mit Medikamenten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:

Alkoholkonsum:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie viel pro Tag/Woche/Monat:
Drogenkonsum:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit meinem ____ . Lebensjahr <input type="checkbox"/> ja, bis zum ____ . Lebensjahr
Wenn Sie rauchen oder geraucht haben:	<input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Zigarren <input type="checkbox"/> Pfeife <input type="checkbox"/> andere	Anzahl pro Tag: ____

Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welchen:
--------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche Schwangerschaftswoche:
---------------------	-------------------------------	--

Tragen Sie eine Sehhilfe?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nähe <input type="checkbox"/> Ferne <input type="checkbox"/> Nähe und Ferne
Tragen Sie eine Zahnvollprothese?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Schichtarbeit:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Bildschirmarbeitsplatz:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, tägliche Stundenzahl:

Wie lauten Ihre Arbeitszeiten?	
--------------------------------	--

Dr. med. Manuel Calviño Iglesias
Facharzt für Allgemein- und Arbeitsmedizin
Bahnstraße 2
42327 Wuppertal

Tel.: 0202 783008
Fax: 0202 783009

Name: _____ Vorname: _____

Belastung am Arbeitsplatz durch:		
Gefahrstoffe: (z. B. Chemikalien)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Biologische Stoffe: (z. B. Pilze, Bakterien, Viren)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Atemwegsbelastung: (z. B. silikoner Staub, Asbestfaserstaub, Isocyanate)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Lärm: (z. B. Maschinenlärm)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Hautbelastung: (z. B. Harze)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Bildschirmarbeitsplatz: (z. B. Kopfschmerzen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:
Sonstige Belastung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:

Bei einer Blutabnahme (falls erforderlich) bin ich mit einem HIV-Test bzw. mit einem Hepatitis-C-Test einverstanden:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
--	-------------------------------	-----------------------------

Die arbeitsmedizinische Vorsorge ist freiwillig und bedarf Ihrer Zustimmung.

Der Arbeitgeber erhält keine Befunde – diese unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Nur Sie selbst werden von uns mündlich, ggf. auch schriftlich über alle Befunde informiert und beraten.

Ich bin mit der Vorsorge einverstanden: ja nein

Alle Angaben wurden von mir vollständig und nach bestem Wissen gemacht:

Datum, Ort: _____ Unterschrift: _____