

Arbeits- und Betriebsmedizinischer Anamnesebogen

Firma:	Datum:
Name, Vorname:	geboren:
Privatadresse:	Telefon :
	Mobiltelefon:
Hausarzt:	
Abgeschlossene Berufsausbildung als :	
Jetzige Tätigkeit/ Arbeitsplatz:	

Aktuelle Beschwerden: (z.B. ständiges Durstgefühl, häufiges Wasserlassen)	☐ nein	☐ ja, welche:
Unfälle/ Operationen:	☐ nein	☐ ja, welche:
Beschwerden am Bewegungsapparat: (z.B.Hals-,Brust-,Lendenwirbelsäule,Bandscheibenvorfall,Schulter)	☐ nein	☐ ja, welche:
Herz-/ Kreislauferkrankungen: (z.B.Bluthochdruck,Herzinfarkt,Herzrhythmusstörungen)	☐ nein	☐ ja, welche:
Erkrankungen der Atmungsorgane: (z.B. Tuberkulose, Lungenentzündung,Auswurf,Husten,Bronchitis)	☐ nein	☐ ja, welche:
Erkrankungen des Verdauungstraktes: (z.B.Magen,Darm,Leber,Galle)	☐ nein	☐ ja, welche:
Neurologische Störungen: (z.B.Schwindel,Lähmungen,Epilepsie,Gleichgewicht,Bewusstseinsstörung)	☐ nein	☐ ja, welche:
Stoffwechselerkrankungen: (z.B.Diabetes, Schilddrüsenerkrankung)	☐ nein	☐ ja, welche:
Psychische Beschwerden: (z.B.Depressionen, Schizophrenie)	☐ nein	☐ ja, welche:
Schlafstörungen oder Tagesmüdigkeit: (z.B. Schlafapnoe-Syndrom)	☐ nein	☐ ja, welche:
Bekannte Hauterkrankungen: (z.B.Neurodermitis, Schuppenflechte)	☐ nein	☐ ja, welche:
Bekannte Allergien:	☐ nein	☐ ja, welche:
Seh-oder Farbsehstörungen: (z.B.Grauer-oder Grüner Star,Glaukom)	☐ nein	☐ ja, welche:
Hörstörung:	☐ nein	☐ ja, welche:
Bluterkrankung: (z.B.Blutungsneigung, häufig blaue Flecken)	☐ nein	☐ ja, welche:
Sonstige Erkrankungen:	☐ nein	☐ ja, welche:
Dauerbehandlung mit Medikamenten:	☐ nein	☐ ja, welche:

Name:

Alkoholkonsum:	☐ nein	☐ ja, wie viel pro Tag/ Woche /Monat:
Drogenkonsum:	☐ nein	☐ ja, welche:

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?	☐ nein	☐ ja, seit meinem _____ Lebensjahr ☐ ja, bis zum _____ Lebensjahr
Wenn Sie Rauchen oder geraucht haben:	☐ Zigaretten ☐ Zigarren ☐ Pfeife ☐ andere	Anzahl pro Tag:

Treiben Sie Sport?	☐ nein	☐ Ja, welchen:
--------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Sind Sie Schwanger?	☐ nein	☐ ja, welche Schwangerschaftswoche ?
---------------------	-------------------------------	---

Sehhilfe:	☐ nein	☐ ja	☐ Nähe ☐ Ferne ☐ Nähe und Ferne
Tragen Sie eine Zahnvollprothese?	☐ nein	☐ ja	

Schichtarbeit	☐ nein	☐ ja, welche:	
Bildschirmarbeitsplatz	☐ nein	☐ ja	Tägliche Stundenzahl:

Wie ist Ihre Arbeitszeit?	
---------------------------	--

Name:

Belastung am Arbeitsplatz durch:		
Gefahrstoffe: (z.B.Chemikalien)	☐ nein	☐ ja, welche:
Biologische Stoffe: (z.B.Pilze, Bakterien, Viren)	☐ nein	☐ ja, welche:
Atemwegsbelastung: (z.b.silikoner Staub, Asbestfaserstaub,Isocyanate)	☐ nein	☐ ja, welche:
Lärm: (z.B.Maschinenlärm)	☐ nein	☐ ja, welche:
Hautbelastung: (z.B.Harze)	☐ nein	☐ ja, welche:
Bildschirmarbeitsplatz: (z.B. Kopfschmerzen)	☐ nein	☐ ja, welche:
Sonstige Belastung:	☐ nein	☐ ja, welche:

Bei einer Blutabnahme (falls diese erforderlich ist) bin ich mit einem HIV – Test bzw. mit einem Hepatitis C Test einverstanden:	☐ nein	☐ 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:	☐ nein	☐ ja
Ich bin mit der Datenerhebung und Verarbeitung meiner Daten einverstanden.	☐ nein	☐ ja
Ich bin damit einverstanden dass die Vorsorgebescheinigung/Teilnahmebescheinigung/Eignungsbescheinigung nach ArbMed VV an den Arbeitgeber weitergeschickt wird.	☐ nein	☐ ja
Ich habe die Infomaterialien erhalten und zur Kenntnis genommen (Impfbroschüre, Hygieneplan, Information Gesundheitsdienst und Gemeinschaftseinrichtung)	☐ nein	☐ ja

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

Datum: _____; Unterschrift: _____