

## Selbstauskunft | Anamnesebogen für die betriebsärztliche Beratung / Vorsorge / Untersuchung

Dieser Fragebogen dient dazu, die Erhebung der ärztlichen Anamnese im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorgen und/oder Beratungen zu strukturieren und zu standardisieren, sodass die Ärztin/der Arzt effektiver auf Ihre individuelle gesundheitliche Situation eingehen kann.

**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Vorname: ..... Nachname: ..... Geburtsdatum: .....

Firma/Abteilung: ..... aktuelle Tätigkeit: .....

Handy-Nummer (ggf. für Rückfragen) : .....

<b>Eigenanamnese</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	<b>Bemerkung</b>
Bestehen oder bestanden früher einmal berufsbedingte gesundheitliche Probleme? falls JA: Welche? .....	[..]	[..]	
Hatten Sie Unfälle mit erheblichen Verletzungsfolgen?	[..]	[..]	
Besteht eine Schwerbehinderung?	[..]	[..]	
Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit? falls JA: Ursache und MdE in %? .....	[..]	[..]	
Größe: .....cm / Gewicht: .....kg			

<b>Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen (Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen)?</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	<b>Bemerkung</b>
Erkrankungen der Augen (z.B. Kurz-/Weitsichtigkeit, grauer Star, .....	[..]	[..]	
Erkrankungen der Ohren (z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus,.....)	[..]	[..]	
Erkrankungen des Stoffwechsels (Schilddrüse, Zuckerkrankheit.....)	[..]	[..]	
Erkrankungen des Herzkreislaufsystems (z.B. Herzinfarkt, Bluthochdruck, .....	[..]	[..]	
Erkrankungen der Atemwege (z.B. Tuberkulose, Asthma, COPD, .....	[..]	[..]	
Erkrankungen der Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse (z.B. Hepatitis, .....	[..]	[..]	
Erkrankungen des Magens, Darms (z.B. Entzündung, Geschwür, .....	[..]	[..]	
Erkrankungen der Nieren, Blase (z.B. Koliken, häufige Harnwegsinfekte, .....	[..]	[..]	
Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke (z.B. Bandscheibenleiden, Rheuma, Arthrose.....)	[..]	[..]	
Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Schwindel, Migräne, Epilepsie, .....	[..]	[..]	
Erkrankungen des Gemütszustandes (z.B. Depression, Angststörung, .....	[..]	[..]	
Erkrankungen der Haut (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme.....)	[..]	[..]	
Bösartige Erkrankungen der inneren Organe oder des Blutes (z.B. Darmkrebs, Leukämie,.....)	[..]	[..]	
Allergien (z.B. Medikamente, Nahrungsmittel, Insekten.....)	[..]	[..]	
Sonstige chronische Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen:.....)	[..]	[..]	
Stationäre Krankenhausaufenthalte (z.B. Operationen, Unfälle):.....)	[..]	[..]	

<b>Jetziger Gesundheitszustand</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	<b>Bemerkung</b>
Fühlen Sie sich derzeit gesund und beschwerdefrei?	[..]	[..]	
falls NEIN: Welche Beschwerden haben Sie? .....			
Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?	[..]	[..]	
falls JA: Warum? .....			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	[..]	[..]	
falls JA, Name u. Dosierung: .....			
.....			
Trinken Sie Alkohol?	[..]	[..]	
falls JA: Welche Mengen und wie häufig? .....			
Nehmen Sie Drogen?	[..]	[..]	
falls JA, welche? .....			
Rauchen Sie?	[..]	[..]	
falls JA: Anzahl pro Tag/ Anzahl der Jahre: ...../.....			
falls NEIN: Sind Sie ehemaliger Raucher? / Wann aufgehört? .....	[..]	[..]	

**Zusatzfragen – nur für verkehrsmedizinische Untersuchungen/Untersuchungen b. Fahr- u. Steuertätigkeiten**

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das normale Alltagsleben in der letzten Zeit. Versuchen Sie sich vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten. Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

- 0 = würde niemals einschlafen
- 1 = geringe Wahrscheinlichkeit, einzuschlafen
- 2 = mittlere Wahrscheinlichkeit, einzuschlafen
- 3 = hohe Wahrscheinlichkeit, einzuschlafen

<u>Situation</u>	<u>Wahrscheinlichkeit</u>			
... im Sitzen lesen	[0]	[1]	[2]	[3]
... beim Fernsehen	[0]	[1]	[2]	[3]
... wenn Sie als Zuhörer in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder Kino)	[0]	[1]	[2]	[3]
... als Beifahrer während einer einstündigen Autofahrt (ohne Pause)	[0]	[1]	[2]	[3]
... wenn Sie sich nachmittags zum Ausruhen hingelegt haben	[0]	[1]	[2]	[3]
... wenn Sie sitzen und sich mit jemandem unterhalten	[0]	[1]	[2]	[3]
... wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	[0]	[1]	[2]	[3]
... wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einigen Minuten halten müssen	[0]	[1]	[2]	[3]

**Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die Fragen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe. Mit der Speicherung dieses Fragebogens in der elektronischen Patientenakte der Ärztin/des Arztes bin ich einverstanden. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Einverständniserklärung**

Ich bin mit der elektronischen Datenspeicherung meiner beim bzw. durch den Betriebsarzt der AMUNDAS GmbH erhobenen Daten und Befunde (Testergebnisse) einverstanden. Dieses Einverständnis kann jederzeit per Mail, telefonisch oder schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_