

Anamnesebogen zur arbeitsmedizinischen Untersuchung

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Tel.-Nr.:	E-Mail:	Hausarzt:
Anschrift:		
Arbeitsgeber:	Tätigkeit:	Eintrittsjahr:

Aus welchem Anlass kommen Sie zu uns?

Arbeitsmedizinische Vorsorge

Auf Veranlassung Ihres Arbeitgebers wird bei Ihnen eine arbeitsmedizinische Vorsorge durchgeführt. Diese dient der Erkennung individueller gesundheitlicher Risiken durch Ihre Berufstätigkeit (Gefährdungsbeurteilungen) und damit Ihrem persönlichen Schutz. Hierzu benötigen wir u. a. auch Angaben über Ihre Vorgeschichte. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden keinesfalls dem Arbeitgeber mitgeteilt. Der Arbeitgeber erhält eine Vorsorgebescheinigung, aus der hervorgeht, wann die arbeitsmedizinische Vorsorge stattgefunden hat und wann die nächste Vorsorge empfohlen wird.

Eignungs-, Einstellungsuntersuchungen

Eignungsuntersuchungen dienen der Klärung, ob die oder der Beschäftigte die gesundheitlichen Anforderungen an die Tätigkeit erfüllt. Sie unterliegen besonderen arbeitsrechtlichen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen und entsprechen einer gutachterlichen Untersuchung im Auftrag des Arbeitgebers. Der Arbeitgeber erhält eine Bescheinigung, aus der hervorgeht, ob gesundheitliche Bedenken gegen die Ausübung einer Tätigkeit bestehen oder nicht. Die Einwilligung des Beschäftigten für die Untersuchung und für die Ergebnismitteilung an den Arbeitgeber ist grundsätzlich in schriftlicher Form erforderlich.

Hiermit erkläre ich mich mit der Übergabe der ärztlichen Bescheinigung über die Eignungsuntersuchung an meinen Arbeitgeber einverstanden. Ich erteile meine Zustimmung zur Durchführung der erforderlichen Untersuchungen.

Datum, Unterschrift

Anderer Grund:

Vom Praxispersonal auszufüllen:

Durchgeführte Vorsorge-/ G-Untersuchungen:
Zu veranlassende Laboruntersuchungen / Weiteres:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen, indem Sie das Zutreffende ankreuzen und ggf. unterstreichen, bzw. ergänzen.

Jetziger Gesundheitszustand:		Ja	Nein
Fühlen Sie sich derzeit gesund und beschwerdefrei? Falls nicht, welche Beschwerden haben Sie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? Falls ja, wo und weswegen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, welche und in welcher Dosierung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Größe: cm	Gewicht: kg		
Fragen zu Gewohnheiten:		Ja	Nein
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? (Was, Menge)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? (Was, Menge)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie Drogen? (Was, Menge)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigenanamnese:		Ja	Nein
Bestehen oder bestanden berufsbedingte gesundheitliche Probleme?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen weitere Belastungen am Arbeitsplatz? (z.B. Gefahrenstoffe, Schichtarbeit)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Berufskrankheit anerkannt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwerbehinderung? Ursache und GdB in %		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor? MdE in %		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?		Ja	Nein
Erkrankung der Augen (z.B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tragen Sie eine Brille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Ohren (z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Schilddrüse (z.B. Überfunktion, Unterfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Atemwege (z.B. Tuberkulose, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z.B. Virushepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Magens, Darms (z.B. Schleimhautentzündung, Geschwür)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Nieren, Blase (z.B. Koliken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Wirbelsäule (z.B. Bandscheibenleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Gelenke, Muskeln (z.B. Rheuma, Arthrose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Nervensystems (z.B. Schwindelanfälle, Migräne, Epilepsie, Schlaganfall, Höhenangst, Gleichgewichts- oder Bewusstseinsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Haut (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Psychose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige chronische Krankheiten oder Gesundheitsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationen mit Spätfolgen / Unfälle mit bleibenden Schäden - welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spezifische Fragen zum Arbeitsplatz

Tätigkeit mit Lärmexposition:

Wie lange arbeiten Sie durchschnittlich im Lärmbereich?

Tragen Sie Gehörschutz? Wenn ja, welchen?

Tätigkeit mit Feuchtarbeit / Hautvorsorge?

Sind Sie in dermatologischer Behandlung?

Verwenden Sie Handschuhe? Welche?

Tätigkeit mit Atemschutzgerät?

Haben Sie Probleme beim Tragen der Atemschutzmaske?

Bitte bringen Sie neben diesen Anamnesebogen zum vereinbarten Termin Folgendes mit:

- ✓ Aktuelle Atteste / Rehabilitations-/ Arztberichte, die mit Ihrer Tätigkeit in Verbindung stehen
- ✓ Bildschirmarbeitsplatz: Ihre Brille, idealerweise Ihren Brillenpass
- ✓ Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in infektionsgefährdeten Bereichen: Ihr Impfbuch
- ✓ Verkehrsmedizinische Untersuchungen: Ihren Personalausweis

Hiermit erkläre ich, dass ich auf diesem Fragebogen alle für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes bedeutsamen Fragen, vor allem diejenigen nach körperlichen und geistigen Gebrechen, wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

Mit der elektronischen Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden.

Patienteninformation zum Datenschutz (www.ibv-bruetting.de) habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift