

# Anamnesebogen

für die Untersuchung nach §43 IfSG



Nachname:	_____	E-Mail:	_____
Vorname:	_____		
Geburtsdatum:	_____	Ihr Arbeitgeber:	_____
Geburtsort:	_____	Tätigkeit:	_____
Staatsangehörigkeit:	_____	Arbeitszeit (Std./Woche):	_____
Privatanschrift:	_____	Schichtarbeit (ja/nein):	_____
	_____	Schwerbehinderung (ja/nein):	GdB in %: _____
	_____	Körpergröße in cm:	_____
Telefon:	_____	Körpergewicht in kg:	_____

**Bitte bringen Sie neben diesen Anamnesebogen zum vereinbarten Vorsorgetermin mit:**

- Impfausweis - Impfbuch (falls vorhanden)       Brille o. sonstige Sehhilfen
- Ärztliche Atteste soweit diese mit der Ausübung Ihrer Tätigkeit in Verbindung stehen

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen durch ankreuzen und/oder unterstreichen und ergänzen.**

- Rechnung zahlt der Arbeitgeber - Kostenübernahme liegt vor       Rechnung zahlt der Arbeitgeber - Kostenübernahme liegt nicht vor
- Rechnung zahle ich selbst (Selbstzahler)

I. Bestehen bei Ihnen folgende Erkrankungen:		JA	NEIN
<b>Herz-Kreislauf</b> (z.B. Bluthochdruck, Herzschädigung)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lungen-Atemwege</b> (z.B. Asthma, Bronchitis, COPD)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stoffwechsel</b> (z.B. Gicht, Diabetes)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Leber</b> (z.B. Virushepatitis)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Magen - Darm</b> (z.B. Geschwür)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Augen</b> (z.B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ohren</b> (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Haut</b> (z.B. Neurodermitis, Ekzeme, Schuppenflechte)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wirbelsäule</b> (z.B. Bandscheibenleiden)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gelenke</b> (z.B. Rheuma, Arthrose)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allergien</b> (z.B. Heuschnupfen)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Infektionen</b> (z.B. HIV-AIDS, Hepatitis B oder C)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstige Erkrankungen</b> (z.B. Schlaganfall, Operationen, Krampfanfall, Unfälle)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rauchen Sie?</b>	Zigaretten täglich ..... Seit wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nehmen Sie Drogen?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Medikamente die ich regelmäßig einnehme:	
	Dosis tägl./wöchentl.
	Dosis tägl./wöchentl.
	Dosis tägl./wöchentl.

III. Fragen für Beschäftigte die mit Lebensmitteln in Kontakt kommen:		JA	NEIN
Leiden Sie an einer infektiösen Durchfallerkrankung (insbesondere Typhus, Paratyphus, Cholera, Shigellenruhr, Salmonellose) oder einer Virushepatitis A oder E bzw. besteht Verdacht auf eine dieser Erkrankungen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer infizierten Wunde oder einer ansteckenden Hauterkrankung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie einen Auslandsaufenthalt (z.B. Urlaub, Kur, Beruf)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ja:	Wann zuletzt? ..... Wo? .....		

V. Abschließende Erklärung:		JA	NEIN
Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die BfBA GmbH die Teilnahme an der Untersuchung meinem Arbeitgeber mitteilt. Der Untersuchungsinhalt und die Befunde bleiben weiterhin unter ärztlicher Aufsicht und sind davon nicht betroffen. Die ärztliche Schweigepflicht bleibt gewahrt.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der elektronischen Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Hinweis: Alle Angaben sind freiwillig.*

Werder (Havel), \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift