

Anamnesebogen

für Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen



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:

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

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

III. Fragen für Beschäftigte die mit Lebensmitteln in Kontakt kommen:	JA	NEIN
<i>Diese Fragen brauchen Sie nur beantworten, wenn Ihre Tätigkeit unter das Infektionsschutzgesetz fällt. (Lebensmittelbetriebe, Gastronomie, Hotellerie, Catering)</i>		
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"/>

IV. Fragen für Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in infektionsgefährdeten Bereichen:	JA	NEIN	
Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft und wenn JA wann erfolgte die letzte Impfung?			
Hepatitis A	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetanus	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtherie	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BCG	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polio	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereits durchgemachte Infektionskrankheiten (z.B. Kinderkrankheiten, wie Masern, Mumps, Röteln, Windpocken)?			
Falls, JA:			
Wann wurde der letzte Tuberkulin-Stempeltest angelegt?			
Datum:	Ergebnis positiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Abschließende Erklärung:	JA	NEIN
Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die BfbA GmbH die Teilnahme an der arbeitsmedizinischen Vorsorge 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"/>

Werder (Havel), _____

Unterschrift