

Anamnesebogen für Eignungsuntersuchungen

Pflichtangaben persönlich:	
Name:	Vorname:
Geb.-Datum:	E-Mail: (freiwillige Angabe)
Straße (privat):	Tel.: (freiwillige Angabe)
PLZ und Ort (privat):	
<u>Weitere persönliche Angaben:</u>	
Tätigkeit:	
Arbeitszeit (Std./Woche):	Schichtarbeit (ja/nein):
Schwerbehinderung (ja/nein):	GdB in %:
Körpergröße in cm:	Körpergewicht in kg:
Pflichtangaben zum Arbeitgeber:	
Arbeitgeber:	
Adresse:	
Dienststelle/Betrieb:	Tel.:

Bitte bringen Sie neben diesen Anamnesebogen zum vereinbarten Untersuchungstermin mit:

Lichtbildausweis (Personalausweis) 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 AG - Kostenübernahme liegt vor Rechnung zahlt der AG - Kostenübernahme liegt nicht vor Rechnung zahle ich selbst (Selbstzahler)

I. Bestehen bei Ihnen folgende Erkrankungen:	Falls JA, bitte ergänzen	JA	NEIN
Augen (z.B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohren (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüts- o. Geisteskrankheiten (z.B. Psychosen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemstörungen (z.B. schlafbezogen, Schlaf-Apnoe)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (z.B. Diabetes mellitus)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden und oder Schwindel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewusstseins- o. Gleichgewichtsstörung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervensystem (z.B. funkt. Störungen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkung der Beweglichkeit (z.B. Arme, Beine, Hände)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz / Kreislauf (z.B. Bluthochdruck)		<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"/>
Konsumieren Sie Alkohol?	Wie viel und wie oft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Fragen zum Schlaf und zur Müdigkeit:	JA	NEIN
Schnarchen Sie jede Nacht oder mehr als 3x die Woche bzw. berichtet Ihr Schlafpartner darüber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie oft tagsüber sehr müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen Sie ohne es zu wollen ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Setzt Ihr Atem manchmal Nachts aus bzw. berichtet Ihr Schlafpartner darüber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie beim Steuern eines Autos schon einmal eingeschlafen (Sekundenschlaf)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie während Ihrer Arbeit schon einmal eingeschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepness Scale)

Wie leicht fällt es Ihnen, in folgenden Situationen einzuschlafen?
Das Gefühl müde zu sein ist damit nicht gemeint sondern das tatsächliche Einschlafen.

Wahrscheinlichkeit einzuschlafen:	Niemals 0	Gering 1	Mittel 2	Hoch 3
Wenn Sie Sitzen und Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Zuhörer bei einem Vortrag, im Kino, im Theater oder bei einer Aufführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Beifahrer im Auto (Fahrzeit eine Stunde ohne Pause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Hinlegen Nachmittags zum Ausruhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie sich sitzend mit jemanden unterhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Sitzen nach dem Mittagessen (ohne Alkohol Konsum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie als Autofahrer vor einer roten Ampel halten müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamtpunktzahl:				

IV. Abschließende Erklärung:	JA	NEIN
Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die BfBA GmbH die Teilnahme an der arbeitsmedizinischen Vorsorge meinem Arbeitgeber mitteilt. Alle persönlichen Angaben (mündlich oder schriftlich), Untersuchungsinhalte, Befunde und Inhalte der Beratung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der elektronischen Speicherung meiner Daten unter Einhaltung der Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung DSGVO bin ich einverstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis: Alle Angaben sind freiwillig.

Datum, _____

Unterschrift