

Anamnesebogen

für Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

- Fahr- und Steuertätigkeiten (ehemals G25)
- Arbeiten mit Absturzgefahr (ehemals G41)
- Fahrerlaubnisverordnung (FEV)



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) Brille o. sonstige Sehhilfen

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
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"/>
Gemüts- o. Geisteskrankheiten (z.B. Psychosen)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemstörungen (z.B. schlafbezogen, Schlaf-Apnoe)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (z.B. Diabetes mellitus)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden und oder Schwindel	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewusstseins- o. Gleichgewichtsstörung	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervensystem (z.B. funkt. Störungen)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkung der Beweglichkeit (z.B. Arme, Beine, Hände)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucht (z.B. chr. Alkoholmissbrauch, Drogen)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz / Kreislauf (z.B. Bluthochdruck)	Falls, JA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerbehandlung mit Medikamenten, die die Fahrtüchtigkeit einschränken	Falls, JA:	<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 ärztliche Bescheinigung und das Untersuchungsergebnis (Tauglichkeit) meinem Arbeitgeber mitteilt. Die Befunde und Dokumentationen 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