

# Anamnese

(Dieser Bogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und verbleibt in der Untersuchungsstelle)



Datum der Untersuchung: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Tel.: Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

Erstuntersuchung

Nachuntersuchung

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der folgenden Organsysteme?

nein ja wenn ja, welche Art, wann?

Augen   \_\_\_\_\_

Ohren   \_\_\_\_\_

Nase,  
Nasennebenhöhlen   \_\_\_\_\_

Rachen/Zunge   \_\_\_\_\_

Hals/Schilddrüse   \_\_\_\_\_

Herz   \_\_\_\_\_

Blutdruck   \_\_\_\_\_

Lunge/Bronchien   \_\_\_\_\_

Speiseröhre/Magen   \_\_\_\_\_

Darm   \_\_\_\_\_

Leber/Galle   \_\_\_\_\_

Nieren/Harnwege   \_\_\_\_\_

Psychische Erkrankung   \_\_\_\_\_

Arme/Beine   \_\_\_\_\_

Wirbelsäule   \_\_\_\_\_

Nervensystem   \_\_\_\_\_

Anfallsleiden o.  
Krampfanfälle   \_\_\_\_\_

Schlaf-Apnoe   \_\_\_\_\_

Schwindel   \_\_\_\_\_

Haut   \_\_\_\_\_

Bösartige Erkr./ Krebs   \_\_\_\_\_

Allergien   \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrank.   \_\_\_\_\_

**Derzeit. Beschwerden/  
ärztliche Behandlung**   \_\_\_\_\_

Sind Sie zuckerkrank? nein  ja  seit: \_\_\_\_\_  
wie eingestellt? Diät  Tabletten  Insulin

Nehmen Sie Medikamente? nein  ja   
welche? \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte (Grund/Jahr)? nein  ja

Arbeitsunfälle/Verletzungsfolgen? nein  ja

Bisherige Kuren u. Reha-Maßnahmen? nein  ja

Letzter Hausarztbesuch? (wann/weshalb?): \_\_\_\_\_

**Arbeitsplatzbezogene Gesundheitsbeschwerden?**  
nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Höhenangst? nein  ja

<p><b>Lebensgewohnheiten:</b></p> <p>Nikotin: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Art/Menge _____</p> <p>Alkohol: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Art/Menge _____</p> <p>_____</p> <p>Drogen: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welche? _____</p> <p>_____</p> <p>Treiben Sie Sport? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wie häufig? _____</p> <p>_____</p> <p><b>Schutzimpfungen:</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>Wann, welche? _____</p> <p>_____</p> <p>Impfausweis liegt heute vor? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p><b>Berufskrankheit?</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p><b>Rente, Unfallrente?</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p><b>Sind Sie schwerbehindert?</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>Höhe des Grad der Behinderung? Merkzeichen? _____</p> <p>_____</p> <p><b>Liegt eine gesetzliche Betreuung für medizinische Angelegenheiten vor?</b></p> <p style="padding-left: 150px;">nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>Sind Sie schwanger? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p><b>Nur für Brillenträger:</b></p> <p>Dioptrien; rechts _____ links _____</p> <p>_____</p> <p><b>Nur bei Untersuchung nach Triebfahrzeugführerscheinverordnung:</b></p> <p>Brillenträger: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> /Kontaktlinsenträger: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>Dioptrien; rechts _____ links _____</p> <p>Letzte Untersuchung beim Augenarzt: _____</p> <p style="text-align: right; padding-right: 50px;">Monat/ Jahr</p>	<p><b>Berufsweg:</b></p> <p>Berufsausbildung: begonnen/abgeschlossen?</p> <p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> als: _____</p> <p>_____</p> <p>Welche Tätigkeit üben Sie zurzeit aus?</p> <p>_____</p> <p>Bisherige Tätigkeiten (mit Zeitangaben): von – bis</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Früherer Arbeitsplatzwechsel aus gesundheitlichen Gründen?</p> <p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenn ja, weshalb?</p> <p>_____</p> <p>Vorgesehene Tätigkeit: _____</p> <p>_____</p> <p><b>Arbeitsplatzsituation:</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">ja</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>Gefahrstoffe</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Lärm</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Infektionsrisiko</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Strahlen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Sonstiges</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>_____</p> <p><b>Persönliche Schutzausrüstung:</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Gehörschutz</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 30%;">_____</td> </tr> <tr> <td>Atemschutz</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Schutzhandschuhe</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Sonstige</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> </table>		ja		Gefahrstoffe	<input type="checkbox"/>	_____	Lärm	<input type="checkbox"/>	_____	Infektionsrisiko	<input type="checkbox"/>	_____	Strahlen	<input type="checkbox"/>	_____	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	_____	Gehörschutz	<input type="checkbox"/>	_____	Atemschutz	<input type="checkbox"/>	_____	Schutzhandschuhe	<input type="checkbox"/>	_____	Sonstige	<input type="checkbox"/>	_____
	ja																														
Gefahrstoffe	<input type="checkbox"/>	_____																													
Lärm	<input type="checkbox"/>	_____																													
Infektionsrisiko	<input type="checkbox"/>	_____																													
Strahlen	<input type="checkbox"/>	_____																													
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	_____																													
Gehörschutz	<input type="checkbox"/>	_____																													
Atemschutz	<input type="checkbox"/>	_____																													
Schutzhandschuhe	<input type="checkbox"/>	_____																													
Sonstige	<input type="checkbox"/>	_____																													

**Hiermit bestätige ich**, dass ich nicht an Krampfanfällen, Ohnmachtsanfällen oder Schwindelanfällen leide, dass ich alle vorstehenden Angaben des Anamnesebogens wahrheitsgemäß getätigt und nichts verschwiegen habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / ggf. gesetzlicher Vertreter