Reisemedizin
RBMZ ülpich
Betriebsmedizin

Anamnesebogen Betriebsmedizin

Bitte ausgefüllt zur Untersuchung mitbringen

Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!
Dies gilt auch für Ihre Angaben in diesem Fragebogen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte direkt an uns!

IHRE PERSONALIEN

Name	Geb.Name (ggfs.)	Vorname
geb am.	Geburtsort	Nationalität
Straße, Hausnr.	PLZ	Ort
Telefonnummer	Handynummer	
Arbeitgeber		Abteilung/Einrichtung
Erlernter Beruf		Tätigkeit seit
Schichtarbeit ☐ Frühschicht ☐ Spätschicht ☐ Nachtschicht ☐ anderes Schichtsystem		

BERUFLICHE VORGESCHICHTE

Bisherige Berufliche Tätigkeiten in Reihenfolge nach der Schulzeit

1.
2.
3.
4.
5.

Hatten Sie bisher (beruflichen) Umgang mit:

			welche	von wann bis wann
Gefahrstoffen	☐ nein	☐ ja		
Infektionserregern	☐ nein	☐ ja		
Hitze	☐ nein	☐ ja		
Lärm	☐ nein	☐ ja		
Staub	☐ nein	☐ ja		

			welche
Sonstige Gefährdungen	☐ nein	☐ ja	

IHRE GESUNDHEITSVORGESCHICHTE

A. Vegetative Anamnese

Größe: cm Gewicht: kg

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja Nicht mehr seit

Wenn ja: Zigaretten/Tag seit Jahren

Konsumieren Sie Drogen? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja: welche und wie häufig?

Haben Sie Schlafstörungen? ☐ nein ☐ ja

Treiben Sie regelm. Sport? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja: wie häufig?

B. Eigene Erkrankungen

Schwere Unfälle

☐ nein ☐ ja

wann	Gesundheitliche Folgen

Operationen

☐ nein ☐ ja

wann	welche

			welche
Bekannte Berufskrankheit	☐ nein	☐ ja	
Schwerbehinderung	☐ nein	☐ ja	
Kriegs-/Wehrdienstbesch.	☐ nein	☐ ja	
			GdB

C. Eigene Vorerkrankungen

			(seit) wann	welche
der Augen	☐ nein	☐ ja		
der Ohren	☐ nein	☐ ja		
der Lunge	☐ nein	☐ ja		
Herz/Kreislauf/Blutdruck	☐ nein	☐ ja		
Leber-/Gallenerkrankungen	☐ nein	☐ ja		
Stoffwechsel (z.B. Zucker)	☐ nein	☐ ja		
Sonstiges	☐ nein	☐ ja		
Niere-/Blasenerkrankungen	☐ nein	☐ ja		
Nervenerkrankungen	☐ nein	☐ ja		
Psychische Erkrankungen	☐ nein	☐ ja		
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	☐ nein	☐ ja		
Bluterkrankungen	☐ nein	☐ ja		
der Haut	☐ nein	☐ ja		
Bewegungsapparat	☐ nein	☐ ja		
schwere Infektionskrankheit	☐ nein	☐ ja		
Autoimmunerkrankungen	☐ nein	☐ ja		
Abhängigkeitserkrankungen	☐ nein	☐ ja		
Heilverfahren/Reha/Kuren	☐ nein	☐ ja		

Ergänzungen

Besteht eine ständige ärztliche Behandlung?

☐ nein ☐ ja

Warum und bei welchem Arzt?

Bei Frauen

Besteht eine Schwangerschaft ☐ nein ☐ ja _____Woche

Stillen Sie? ☐ nein ☐ ja

D. Regelmäßige Medikation

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente? ☐ nein ☐ ja, folgende

Präparat (Name, Dosierung)	Mo	Mi	Ab	z.N.

E. Aktuelle Beschwerden

Bestehen aktuell Beschwerden?

☐ nein ☐ ja

welche

Treten regelmäßig gesundheitliche Beschwerden am Arbeitsplatz auf?

☐ nein ☐ ja

welche

WICHTIG! Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin Ihren Impfausweis mit!

Die gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten