

Anamnesebogen zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge
bitte ausgefüllt zum vereinbarten Arzttermin mitbringen

Name & Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer/Email: _____

Arbeitgeber:
(Name und Anschrift) _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher Behandlung? Nein Ja _____
(weshalb?)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja _____
(welche und in welcher Dosierung?, Medikamentenplan beilegen)

Rauchen Sie? Nein Ja _____
(wie viele Zigaretten pro Tag seit wie vielen Jahren?)

Trinken Sie regelmäßig alkoholhaltige Getränke? Nein Ja _____
(ca. wie viel Glas pro Tag oder Woche?)

Bestehen Erkrankungen im HNO Bereich? Nein Ja _____
(z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus, chronische Reizungen der Gehörgänge)

Bestehen Erkrankungen der Augen? **Nein** **Ja** _____
(z.B. erhöhter Augeninnendruck, Linsentrübung, Makuladegeneration)

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? **Nein** **Ja** _____
(Alter der Sehhilfe)

Bestehen Erkrankungen des Nervensystems? **Nein** **Ja** _____
(z.B. Krampfleiden/Epilepsie, Migräne, Schwindel)

Bestehen Erkrankungen der Lunge/Bronchien? **Nein** **Ja** _____
(z.B. Asthma, chronische Bronchitis)

Bestehen Erkrankungen von Herz oder Kreislauf? **Nein** **Ja** _____
(z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung, Bluthochdruck)

Bestehen Stoffwechsel- oder Immunerkrankungen **Nein** **Ja** _____
(z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenfunktionsstörungen)

Bestehen Erkrankungen oder Irritationen der Haut? **Nein** **Ja** _____
(z.B. Neurodermitis, trockene, rissige Haut im Winter)

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? **Nein** **Ja** _____
(welche?)

Bestehen sonstige Erkrankungen/Einschränkungen? **Nein** **Ja** _____
(z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus, chronische Reizungen der Gehörgänge)

Impfungen bisher gut vertragen **Nein** **Ja** _____
(Impfbuch mitbringen)

(Ort und Datum)

(Unterschrift) MK 10/22