

**Anamnesebogen für arbeitsmedizinische Eignungsuntersuchungen**

**I. Allgemeine Angaben:**

**Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Privatadresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firmenname/-anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Aktuelle berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Bisherige berufliche Tätigkeit(en): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**II. Zu Ihrer Person:**

**1. Größe: \_\_\_\_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. Liegen Allergien/Unverträglichkeiten vor? Wenn ja, welche? O nein O ja:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| O Heuschnupfen | O Tierhaare | O Hausstaub |
| O Penicillin | O Lidocain | O ASS (z.B. Aspirin) |
| O Milben | O Metalle | O |
| O Sonstiges: | | |

**3. Welche Vorerkrankungen sind Ihnen bekannt?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| O Bluthochdruck | O Diabetes, Typ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | O Magenerkrankung |
| O Hauterkrankung | O Herzerkrankung | O Nierenerkrankung |
| O Lebererkrankung | O Rheuma | O Asthma |
| O Gicht | O Depression | O Fettstoffwechselstörung |
| O Schilddrüsenerkrankung | O Gallensteine | O Darmerkrankung |
| O Orthopäd. Beschwerden | O Lungenerkrankung | O Gynäkologische Erkrank. |
| O Urologische Erkrankung | O Tumorerkrankung | O Schwindel |
| O Schlaganfall | O Missempfindungen Beine | O Missempfindungen Arme |
| O Verletzungen Beine | O Verletzungen Arme | O Gefäß-Stent |
| O Müdigkeit allgemein | O Tagesschläfrigkeit |  |
|  |  |  |



**4. Einschätzung der Tagesschläfrigkeit**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Situation** | **Ihre Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, einzuschlafen** | | | |
| **Nie** | **Gering** | **Mittel** | **Hoch** |
| **Lesend im Sitzen** |  |  |  |  |
| **Beim Fernsehen** |  |  |  |  |
| **Passiver Zuhörer (Kino, Theater…)** |  |  |  |  |
| **Als Beifahrer im Auto > 1 Stunde** |  |  |  |  |
| **Am Nachmittag beim Ausruhen** |  |  |  |  |
| **Unterhaltung im Sitzen** |  |  |  |  |
| **Nach dem Essen beim ruhigen Sitzen** |  |  |  |  |
| **Als Fahrer beim verkehrsbedingten Halten für einige Minuten** |  |  |  |  |

**5.** **Welche Medikamente und/oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie derzeit ein?**

**6. Familienvorgeschichte**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| O Bluthochdruck | O Diabetes | O Fettstoffwechselstörung |
| O Herzinfarkt | O Asthma | O Lungenerkrankung |
| O Krebs | O Erbkrankheiten | O Schlaganfall |

**07. Hatten Sie Operationen, wenn ja, welche?**

**08. Hatten Sie Arbeitsunfälle mit ernsten oder bleibenden Schäden? Wann? Welche?**

**09. Bestehen Abhängigkeiten?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nein | Wenn ja, Menge und Art |
| Nikotin |  |  |
| Alkohol |  |  |
| Medikamente |  |  |
| Drogen |  |  |

**10. Welche Impfungen haben Sie wann bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| O Masern | O Mumps | O Röteln |
| O Polio | O Tetanus | O Diphterie |
| O Hepatitis A | Hepatitis B | O FSME (Zecken) |

**Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vielen lieben Dank für Ihre Mithilfe! Ich freue mich auf Sie.**