

**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.**