



Anamnese für arbeitsmedizinische Vorsorge

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____
Straße/Hausnummer: _____
Wohnort und PLZ: _____
E-Mail: _____
Ihr Hausarzt: _____
Arbeitgeber: _____
Beruf/aktuelle Tätigkeit: _____

Bitte ankreuzen:	Ja	Nein	Welche
Hauterkrankungen/ -beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chronische Infektionskrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma / chronische Bronchitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leber- oder Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen/Darm-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psyche Erkrankungen/Sucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rückenbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bisherige Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nikotinkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche?			_____
Haben Sie Vorerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja, welche?			_____
Weitere Belastungen am Arbeitsplatz (z.B. Heben/Tragen, Nacharbeit)?			

Ich versichere den Fragebogen wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt zu haben.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.