



Anamnesebogen

Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Adresse:	Tel. Nr.:
Arbeitgeber:	Tätigkeit:
Eintrittsjahr:	

I. Sozialanamnese	Ja	Nein
➤ Haben Sie Kinder? Wenn JA, wie viele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Wie ist Ihr Familienstand?		
➤ Haben Sie pflegebedürftige Familienangehörige, um die Sie sich kümmern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Arbeitsanamnese	Ja	Nein
➤ Wie ist Ihre wöchentliche Arbeitszeit?		
➤ Arbeiten Sie im Schichtdienst? Wenn JA, wie ist Ihr Schichtsystem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Waren Sie früher in einem anderen Beruf tätig? Wenn JA, was waren Ihre beruflichen Tätigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Ja	Nein
<p>➤ Bestehen oder bestanden einmal berufsbedingte gesundheitliche Probleme? Wenn JA, welche?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>➤ Haben Sie bereits an Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen? Wenn JA, an welchen?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>➤ Hatten Sie Unfälle mit erheblichen Verletzungsfolgen? Wenn JA, welche?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>➤ Besteht eine Schwerbehinderung? Ursachen und GdB in % Wenn JA, welche?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>➤ Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor? MdE in % Wenn JA, wie hoch und warum?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheiten?		
Erkrankung der Augen (z.B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Ohren (z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Schilddrüse (z.B. Überfunktion, Unterfunktion):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkte, Bluthochdruck):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z.B. Virushepatitis):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Magens, Darms (z.B. Schleimhautentzündung, Geschwür):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Nieren, Blase (z.B. Koliken):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Wirbelsäule (z.B. Bandscheibenleiden):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Gelenke (z.B. Rheuma, Arthrose):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Ja	Nein
Erkrankung des Nervensystems (z.B. Schwindelanfälle, Migräne, Epilepsie):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Haut (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Heuschnupfen oder Allergien? – wenn JA - gegen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstige chronische Krankheiten oder Gesundheitsstörungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stationäre Krankenhausaufenthalte (z.B. Operationen, Unfälle) – wenn JA, Art der OP und wann:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Familienanamnese	Ja	Nein
➤ Liegen in Ihrer Familie Erkrankungen vor wie: Bluthochdruck, Asthma, Allergien, Krebserkrankungen, Zuckerkrankheiten? Falls JA, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Jetziger Gesundheitszustand	Ja	Nein
➤ Fühlen Sie sich derzeit gesund und beschwerdefrei? Falls NEIN, welche Beschwerden haben Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Befinden Sie sich zurzeit in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? Falls JA, weswegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls JA, bitte den Namen und die Dosierung angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



V. Fragen zu Gewohnheiten	Ja	Nein
➤ Trinken Sie regelmäßig Alkohol? (regelmäßig mehr als 2-3 x wchtl.) Falls JA, bitte die durchschnittliche Menge pro Woche/Tag angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Rauchen Sie Falls JA, wie viele Zigaretten täglich und seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Nehmen Sie Drogen? Falls JA, welche und seit wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Treiben Sie Sport? Wenn JA, welchen Sport und wie häufig in der Woche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Hiermit erkläre ich, dass ich auf diesem Fragebogen alle für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes bedeutsamen Fragen, vor allem diejenigen nach körperlichen und geistigen Gebrechen, wahrheitsgemäß beantwortet habe.
- Mit der elektronischen Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden.
- Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten bedarf meiner schriftlichen Genehmigung.

Datum und Ort

Unterschrift

Praxis Dilltal ASG

Flughafenstrasse 2
57299 Burbach

kontakt@arbeitsmedizin-asg.de

mobil 0176 34525983