Zentrum für Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit in Südostwestfalen e.V.

Zentrum für Arbeitsmedizin und Arbeitssich
in Südostwestfalen e V
Dessauer Straße 12
33106 Paderborn

Tel.: 05251 / 77 52 0
E-Mail: info@zamaspb.de
URL: www.zamaspb.de
Steuer-Nr. 339 5778 0207

Anamnese

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

Sehr geehrte Mitarbeiter,

die Antworten auf die folgenden Fragen bilden zusammen mit der Untersuchung und dem Gespräch mit dem Betriebsarzt die Grundlage für das arbeitsmed. Untersuchung und arbeitsmed. Beurteilung.

Den gewissenhaft ausgefüllten Fragebogen legen Sie bitte bei der ärztlichen Untersuchung vor. Ihre Angaben und die Untersuchungsbefunde werden vom Betriebsarzt entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt.

Hatten Sie einmal eine Berufserkrankung oder haben Sie einmal den Arbeitsplatz aus Gesundheitsgründen gewechselt?	☐ ja	☐ nein
Bestehen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit?	☐ ja	☐ nein
Bestehen Beschwerden beim Tragen der/s Sicherheitsschuhe / Schutzhelms / Gehörschutzes oder sonstiger pers. Schutzausrüstung?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie gesundheitliche Beschwerden durch Nachtschichttätigkeit?	☐ ja	☐ nein
Fühlen Sie sich tagsüber oft sehr müde, schlafen Sie tagsüber ungewollt ein oder ist die Nachtruhe nicht erholsam?	☐ ja	☐ nein
Kommt es vor, dass Sie laut und unregelmäßig schnarchen?	☐ ja	☐ nein
Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE, Berufsgenossenschaft) oder ein Grad der Behinderung (GdB, Versorgungsamt) vor? Wenn ja, wieviel und besteht diese auf Dauer?	☐ ja	☐ nein
Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	☐ ja	☐ nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐ ja	☐ nein

Haben oder hatten Sie...

Augenerkrankungen?	☐ ja	☐ nein
Ohrenerkrankungen, Schwerhörigkeit, „Ohrenlaufen“?	☐ ja	☐ nein
Häufige Hals- oder Mandelentzündungen?	☐ ja	☐ nein
Schilddrüsenerkrankungen?	☐ ja	☐ nein
Herzerkrankungen (z. B. Herzfehler, Infarkt, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Herzbeklemmung), Druck auf der Brust?	☐ ja	☐ nein
hohen Blutdruck?	☐ ja	☐ nein

Krampfadern, Thrombose, Venenentzündung, Embolie?	☐ ja	☐ nein
wiederholt oder länger anhaltenden Husten?	☐ ja	☐ nein
Kontakt mit an Tuberkulose-Erkrankten?	☐ ja	☐ nein
Asthma oder Atemnot zum Beispiel bei Kälte oder bei Belastung?	☐ ja	☐ nein
Heuschnupfen oder andere Allergien?	☐ ja	☐ nein
Magen- oder Darmerkrankungen?	☐ ja	☐ nein
Verdauungsstörungen (z. B. Durchfall oder Verstopfung)?	☐ ja	☐ nein
Bewusstlosigkeit, Ohnmacht, Kreislaufkollaps?	☐ ja	☐ nein
Depressionen, Zwangshandlungen oder Angsterkrankungen?	☐ ja	☐ nein
eine Abhängigkeitserkrankung (Alkohol, Drogen, Medikamente, Spielsucht)?	☐ ja	☐ nein
Epilepsie, Lähmungen, Psychosen, Nervenentzündungen, Gehirn- oder Hirnhautentzündungen?	☐ ja	☐ nein
Wirbelsäulenverkrümmung und andere Wirbelsäulenerkrankungen, wiederholt Hexenschuss, Bandscheibenschaden?	☐ ja	☐ nein
Erkrankungen der Knochen oder Gelenke?	☐ ja	☐ nein
Gicht, Zucker-, andere Stoffwechsel- oder Rheumakrankheiten?	☐ ja	☐ nein
Leber- oder Gallenerkrankungen?	☐ ja	☐ nein
Beschwerden beim Wasserlassen, Blasen- oder Nierenerkrankungen? Wenn ja, welche?	☐ ja	☐ nein
Hauterkrankungen? Wenn ja, welche?	☐ ja	☐ nein
Erkrankungen des Blutes? Wenn ja, welche?	☐ ja	☐ nein
Waren Sie jemals im Krankenhaus oder zur Kur (z. B. Operationen, Unfälle, Anschlussheilbehandlung, Entgiftung, Entwöhnungsbehandlung)?	☐ ja	☐ nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐ ja	☐ nein
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	☐ ja	☐ nein

Ich versichere mit meiner Unterschrift, vorstehende Fragen richtig und vollständig beantwortet zu haben.

Ort Datum _____ Unterschrift