

## Medizinischer Fragebogen - Arbeitsmedizin

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Arbeitgeber: ..... Tätigkeit: .....

### Frühere berufliche Tätigkeiten:

Zeitraum	Arbeitgeber	Tätigkeit

### Expositionen:

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an, wenn Sie damit beruflich länger als 6 Monate Kontakt hatten:

Lösungsmittel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
CMR-Stoffe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Schwermetalle	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Stäube	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Lärm	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Ionisierende Strahlen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Infektionserreger	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Tiere	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?

Hatten Sie jemals Arbeitsausfälle über einen Monat oder Arbeitsplatzversetzungen aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls?  nein  ja

Falls ja: wann? ..... wie lange? ..... Grund: .....

Sind Sie militärdienstuntauglich erklärt worden?  nein  ja

Falls ja, weshalb? .....

### Familienanamnese

Bitte geben Sie an, ob jemand in Ihrer näheren Familie (Grosseltern, Eltern oder Geschwister) an folgenden Erkrankungen leidet oder litt:

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer?
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer?
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer?
Hirnschlag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer?
Krebsleiden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer und Art?
Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer?
Allergien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer?

### Derzeitige gesundheitliche Situation

Bestehen bei Ihnen derzeit gesundheitliche Störungen?  nein  ja

Falls ja, welche?  
.....

Sind Sie derzeit in Behandlung bei einem Arzt, Psychotherapeuten, etc.?  nein  ja

Falls ja, weshalb?  
.....

Ist Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?  nein  ja

Sind Sie Brillen- oder Kontaktlinsenträger?  nein  ja

Frauen: Sind Sie schwanger?  nein  ja

**bitte wenden**

- Machen Sie Sport?**       nein     ja    Was? .....
- Rauchen Sie?**       nein     ja    Falls ja, seit wann? ..... wie viel? .....  
 nein-aufgehört    Ggf. wie viele Jahre und wieviel geraucht? .....
- Trinken Sie Alkohol?**     nein     ja    Falls ja, Art, Menge und Häufigkeit .....
- Nehmen Sie Drogen?**       nein     ja    Falls ja, Art, Menge und Häufigkeit .....

**Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie zurzeit einnehmen (inkl. „Pille“):**

.....  
**Körpergröße und Körpergewicht?** .....cm      ..... kg

**Persönliche Vorgeschichte**

Bitte geben Sie an, **ob** und ggf. **wann** Sie . . .

- . . . **gravierende Erkrankungen** (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Krebsleiden u.a.),
- . . . **Operationen** (z.B. an Mandeln, Blinddarm, Leistenbruch, Bandscheiben, Augen u.a.), oder
- . . . **Unfälle bzw. Verletzungen** (z.B. Knochenbrüche, Bänderisse u.a.) hatten.

**Systemische Vorgeschichte**

**Leiden oder littten Sie an folgenden Erkrankungen?**

Falls ja, bitte Zutreffendes unterstreichen.

Epilepsie, Schwindelanfälle, Ohnmachtszustände, Gedächtnisstörungen, chronischer Kopfschmerz, Migräne, Lähmungen, Gleichgewichtsstörungen, etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herzbeschwerden, Herzfehler, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, niedriger oder hoher Blutdruck, Kollapszustände, Gefässerkrankungen, Venenleiden, etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Lungen- oder Brustfellentzündung, Lungen-Tuberkulose, etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Magen-Darm-Beschwerden (z.B. Entzündungen/Geschwüre, Morbus Crohn), Gallensteine, Lebererkrankungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Hämorrhoiden, Enddarmfisteln, etc	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, erhöhte Blutfette, Gicht, Schilddrüsenfunktionsstörungen, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Psychische Störungen, Höhenangst, Klaustrophobie, Depressionen, Suizidversuche, Suchtleiden, Entzugsbehandlungen wegen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schlafstörungen, Schnarchen, nächtliche Atempausen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ohrenleiden (z.B. Hörstörungen, Tinnitus, etc.), Augenleiden (z.B. grauer Star, Glaukom, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Blutkrankheiten (z.B. Anämie, etc.), Gerinnungsstörungen, Lymphdrüsenanschwellungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wirbelsäulenprobleme (z.B. Bandscheibenerkrankungen, Hexenschuss, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Knochen-, Gelenks- (z.B. Arthrose, Rheuma, etc.) oder Muskelkrankheiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nierenerkrankungen (z.B. Zysten, Entzündungen, Steine, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Allergien (z.B. gegen Pollen, Tierhaare, Insekten, Nahrungsmittel, Medikamente, etc.) oder Hauterkrankungen (z.B. Ekzeme, Psoriasis, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Infektiöse Darmerkrankungen (z.B. Salmonellen, Shigellen, Amöben, Lamblien), Harnwegs- oder Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Hiermit erkläre ich, dass ich obige Angaben sorgfältig ausgefüllt und weder wichtige Informationen verschwiegen, noch falsche Angaben gemacht habe.**

**Gleichzeitig ermächtige ich meine behandelnden Ärzte zur Auskunftserteilung und/oder Übermittlung medizinischer Unterlagen an die untersuchende Stelle.**

Ort, Datum:

Unterschrift: