

Kompetenzzentrum für Arbeitsmedizin

Um Sie besser kennenzulernen und wichtige Informationen zu gewinnen, möchten wir Sie bitten diesen Fragebogen auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Daten werden von uns streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Firma/Firmenanschrift: _____

Beruf: _____

Telefon/Mobil: _____

E-Mail: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Fragen zur Gesundheit

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Hautkrankheiten (z.B. Neurodermitis)? Nein Ja

Allergien (z.B. bei Kontakt mit Arbeitsstoffen, Medikamente)? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Heuschnupfen? Nein Ja

Infektionen (z.B. Hepatitis, Tuberkulose)? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Erkrankungen der Augen (z.B. grauer Star, Sehinderung)? Nein Ja

Tragen Sie eine Brille/Kontaktlinsen? Nein Ja

Neigen Sie zu Erkältungskrankheiten, Bronchitis, Rachen- und Mandelentzündungen?

Nein Ja

Erkrankungen der Ohren (z.B. Mittelohrentzündungen, Hörsturz, Schwerhörigkeit)?

Wenn ja, welche? _____

Chronische Nasennebenhöhlenentzündung? Nein Ja

City-Arbeitsmedizin



- Schwindelanfälle, häufiger Kopfschmerz, Migräne? Nein Ja
- Anfallsartige Bewusstlosigkeit, Krampfanfälle? Nein Ja
- Nerven- und Gemütskrankheiten? Nein Ja
- Wenn ja, welche? _____
- Lungen- oder Rippenfellerkrankung? Nein Ja
- Bronchialasthma Nein Ja
- Erkrankungen der Schilddrüse (z.B. Überfunktion, Vergrößerung)? Nein Ja
- Blutkrankheiten (z.B. Anämie)? Nein Ja
- Wenn ja, welche? _____
- Haben Sie zu hohen bzw. zu niedrigen Blutdruck? Nein Ja
- Herzbeschwerden (Herzrasen, Herzstolpern, Herzschmerzen)? Nein Ja
- Herzkrankheiten? Nein Ja
- Wenn ja, welche? _____
- Magen-/Darmerkrankungen (z.B. Schleimhautentzündung, Geschwür)? Nein Ja
- Wenn ja, welche? _____
- Gelbsucht oder andere Erkrankungen der Leber, erhöhte Leberwerte? Nein Ja
- Wenn ja, welche? _____
- Krankheiten der Gallenblase oder Bauchspeicheldrüse? Nein Ja
- Wenn ja, welche? _____
- Zuckerkrankheit? Nein Ja
- Wenn ja, welche? _____
- Fettstoffwechselstörungen, Gicht? Nein Ja
- Erkrankungen der Nieren, Harnblase? Nein Ja
- Wenn ja, welche? _____
- Chronische oder wiederholt auftretende Rückenschmerzen (z.B. Wirbelsäulenerkrankung, Hexenschuss, Bandscheibenschaden)? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Gelenkerkrankungen (Rheumatismus, Arthrose)? Nein Ja

Durchblutungsstörungen (z.B. Beine), Krampfadern, Thrombosen? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Leistenbruch, Hodenbruch, Nabelbruch oder Narbenbrüche? Nein Ja

Krebserkrankungen? Nein Ja

Unfälle mit bleibenden Folgen? Nein Ja

Operationen? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Andere bisher nicht erwähnte Krankheiten? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Krankenhausaufenthalte Nein Ja

Wann? Wo? _____

Kurbehandlungen? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Besondere Erkrankungen in der Familie (Eltern, Geschwister, Kinder z.B. Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Anfallsleiden, Allergien, Krebserkrankungen)?

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig oder unregelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? Nein Ja

Wie viel pro Tag? _____

Wie viele Jahre haben Sie geraucht? _____

Nehmen Sie regelmäßig oder unregelmäßig Drogen ein? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Trinken Sie regelmäßig oder unregelmäßig Alkohol? Nein Ja

Wenn ja, wie oft/ wie viel? _____

Sind Sie geimpft (z.B. Hepatitis, Tetanus)? Nein Ja

Wenn ja, wogegen? _____

Bitte bringen Sie Ihren Impfpass mit!

Letzte Röntgenaufnahme Ihrer Lunge? (wann und wo) _____

Fragen zur Berufsvorgeschichte

Erlernen Beruf? _____

Bisherige Tätigkeiten? Von – bis.....tätig als? Arbeitgeber?

Mussten Sie aus gesundheitlichen Gründen Ihren Beruf wechseln oder umschulen?

Nein Ja

Wurde für Sie ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit angezeigt oder anerkannt?

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schwerbehindert? Nein Ja

Grad der Behinderung? _____

- Nur bei medizinischer Vorsorge „Tropenaufenthalt“

Welche Länder bereisen Sie? _____

*Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der angegebenen Daten und willige dem besprochenen Untersuchungsablauf ein.

Datum / Ort: _____

Unterschrift Patient: _____

Bitte bringen Sie Ihren Impfpass und falls vorhanden Ihre Sehhilfe und Vorbefunde mit!