

# Anamnesebogen f. arbeitsmed./verkehrsmed.

## Untersuchungen sowie arbeitsmed. Vorsorge

Dieser Anamnesebogen dient dazu, die Erhebung der ärztlichen Anamnese im Rahmen der arbeitsmedizinischen Untersuchungen und/oder Beratungen zu strukturieren und standardisieren, so dass der Arzt effektiver auf Ihre individuelle gesundheitliche Situation eingehen kann.

Sebastian Hansen  
 Facharzt für Arbeitsmedizin  
 Notfallmedizin  
 Reisemedizin (CRM)

Julius-Brecht-Str. 11  
 22609 Hamburg

Tel.: 040/22 85 36 33 - 0  
 Fax: 040/22 85 36 33 - 9

**Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Daten werden nicht an den Arbeitgeber weitergegeben sondern verbleiben beim Arzt.**

Vorname: \_\_\_\_\_ Familienname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail (optional): \_\_\_\_\_  
 aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
 Betrieb/Firma: \_\_\_\_\_

### I. Eigenanamnese

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	Anmerk. Arzt
Bestehen oder bestanden früher einmal berufsbedingte gesundheitliche Probleme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
wenn JA – welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie Unfälle mit erheblichen Verletzungsfolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht eine Schwerbehinderung? Ursache und GdB in %?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit? Ursache und MdE in % ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### **Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen (Zutreffendes unterstreichen bzw. ergänzen)**

Erkrankungen der Augen (z.B. Kurz-/ Weitsichtigkeit, Brille, .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Ohren (z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus, .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Schilddrüse (z.B. Überfunktion, Unterfunktion,.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Herzkreislaufsystems (z.B. Herzinfarkt, Bluthochdruck,.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Atemwege (z.B. Tuberkulose, Asthma, .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse (z.B. Hepatitis, .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Magens, Darms (z.B. Entzündung, Geschwür, .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Nieren, Blase (z.B. Koliken, häufige Harnwegsinfekte, .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Wirbelsäule (z.B. Bandscheibenleiden, .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Gelenke (z.B. Rheuma, Arthrose,.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Nervensystems (z.B. Schwindel, Migräne, Epilepsie, .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Gemütszustandes (z.B. Depression, Angststörung, .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit,.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Haut (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme,.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen, Allergien – wenn JA – gegen:		

Sonstige chronische Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen:  JA  NEIN  
 Stationäre Krankenhausaufenthalte (z.B. Operationen, Unfälle):  JA  NEIN  
 – wenn JA Art der OP und wann:

## II. Jetziger Gesundheitszustand

	JA	NEIN	Anmerk.Arzt
Fühlen Sie sich derzeit gesund und beschwerdefrei ? Falls NEIN – welche Beschwerden haben Sie?	[ ]	[ ]	
Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung ? Falls JA – wegen:	[ ]	[ ]	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ? Falls JA – Name und Dosierung:	[ ]	[ ]	
Nehmen Sie Drogen ? Falls JA – welche?	[ ]	[ ]	
Trinken Sie Alkohol ? Falls JA – welche Mengen und wie häufig?	[ ]	[ ]	

## III. Zusatzfragen – nur bei Führerscheinuntersuchungen/Untersuchungen b. Fahr- u. Steuertätigkeiten beantworten

Die folgende Frage bezieht sich auf das normale Alltagsleben in der letzten Zeit:

**Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden, sich also nicht nur müde fühlen ?**

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie trotzdem sich vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten. Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0 = würde niemals einnicken  
1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken  
2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken  
3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken			
Im Sitzen lesend _____	[0]	[1]	[2]	[3]
Beim Fernsehen _____	[0]	[1]	[2]	[3]
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen _____ (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	[0]	[1]	[2]	[3]
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause _____	[0]	[1]	[2]	[3]
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen _____	[0]	[1]	[2]	[3]
Wenn Sie sitzen und sich mit jemanden unterhalten _____	[0]	[1]	[2]	[3]
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen _____	[0]	[1]	[2]	[3]
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen _____	[0]	[1]	[2]	[3]

## IV. Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Fragen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe. Mit der Speicherung dieses Fragebogens in der elektronischen Patientenakte des Arztes bin ich einverstanden. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift