

Anamnesebogen



CENTRUM FÜR ERWEITERTE
ALLGEMEINMEDIZIN
DR. CHRISTINA RAMON

Arbeitsmedizin

Seite 1

Name	Vorname	Krankenkasse	Staatsangehörigkeit
Geb.-Name	geb. am	Beschäftigt bei	Tätigkeit
Privatanschrift	Straße		PLZ, Wohnort

Mit diesem Fragebogen will die/der Betriebsärztin/arzt Zeit gewinnen – für Sie!

Helfen Sie ihm durch sorgfältige Ausfüllung! Das persönliche Gespräch ist wichtig und soll durch diesen Fragebogen nicht ersetzt, sondern zeitlich ermöglicht werden. Die/der Betriebsärztin/arzt will sich mit Ihnen ebenso aussprechen, wie Sie vielleicht Fragen an ihn richten wollen.

Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Dies gilt auch für Ihre Angaben in diesem Fragebogen.

Gesundheitsvorgeschichte

Berufsanamnese		Nr.	Zeit von bis	Firma, Ort, Art des Betriebes	Verrichtete Arbeiten
Erlernter Beruf		z.B.	01.05.52 – 31.01.92	Paul Schmidt, Herne, Armaturen	Armaturenschleifer
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
Familienanamnese					
Vater	lebt <input type="radio"/>	? <input type="radio"/>	verstorben mit:	Jahren	an:
Mutter	lebt <input type="radio"/>	? <input type="radio"/>	verstorben mit:	Jahren	an:
Erkrankungen der nächsten Angehörigen (Eltern, Geschwister, Kinder)					
Krebserkrankungen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>			
Leukämie	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>			
Erbkrankheiten	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>			
Geisteskrankheiten	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>			
Missbildungen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>			
Tuberkulose	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>			
Allergien	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>			
Diabetes mellitus	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>			
Eigenanamnese					
Kinderkrankheiten	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>			
Scharlach	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>			
Masern	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>			
Diphtherie	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>			
Keuchhusten	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>			
Mumps	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>			
Sonstiges	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>			

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die zutreffende Antwort an! Detaillieren Sie die Krankheitsangaben in der Spalte rechts daneben!

Anamnesebogen



Arbeitsmedizin

Seite 2

CENTRUM FÜR ERWEITERTE
ALLGEMEINMEDIZIN
DR. CHRISTINA RAMON

Operationen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	welche	wann
Unfälle	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	welche	wann
Berufskrankheiten	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	welche	G.d.B.
Schwerbehindert	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	weswegen	G.d.B.
Kriegs- bzw. Wehrdienstbeschädigung	welche			G.d.B.
Bisherige Erkrankungen			wann	welche
1. Anfallsleiden	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
2. Augenerkrankungen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
3. Ohrenerkrankungen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
4. Erkrankungen der Atmungsorgane	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
5. Herz- und Kreislauferkrankungen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
6. Magen- und Darmerkrankungen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
7. Leber- und Gallenerkrankungen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
8. Stoffwechselerkrankungen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
9. Nieren- und Blasenerkrankungen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
10. Nerven- und Gemütserkrankungen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
11. Bluterkrankungen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
12. Hauterkrankungen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
13. Allergien	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
14. Bewegungsapparat	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
15. Infektionskrankheiten	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
16. Sonstige Erkrankungen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
17. Heilverfahren	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
Ist aus gesundheitlichen Gründen ein Berufswechsel erfolgt?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	aus welchen	
Bestehen derzeit Beschwerden?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	welche	
Besteht ständige ärztliche Behandlung?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
Regelmäßige Medikamenteneinnahme?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	welche	
Bei Frauen				
Letzte Menses am	wann			
Menstruation	Tage		regelmäßig <input type="radio"/>	unregelmäßig <input type="radio"/>
Menopause	Jahr			
Schwangerschaft	Jahr			
Geburten	Jahr/e			
Fehlgeburten	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	wann	
Besteht Schwangerschaft	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
Bemerkungen				

Krankenversicherung / Krankenkasse

Die vom ermächtigten Arzt gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Ort, Datum

Hausarzt

Unterschrift des Untersuchten