

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)				
Kreberkrankungen	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!



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.
<b>Bisherige Erkrankungen</b>			wann	welche
1.	Anfallsleiden	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	
2.	Augenerkrankungen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	
3.	Ohrerkrankungen	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 Gemütererkrankungen	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
<b>Bei Frauen</b>				
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"/>	
<b>Bemerkungen</b>				

Krankenversicherung / Krankenkasse

Hausarzt

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

Ort, Datum

Unterschrift des Untersuchten