

Anamnesebogen



Arbeitsmedizin

Seite 1

PRAXIS FÜR ERWEITERTE ALLGEMEINMEDIZIN

DR. CHRISTINA RAMON

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
Erlerner 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!



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 Gemütskrankungen	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

Hausarzt

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

Ort, Datum

Unterschrift des Untersuchten