



Etikett Laborjournal

Anamnesebogen
zur arbeitsmedizinischen Betreuung
(zum internen Gebrauch)

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Privat Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ ORT: _____

Private Telefonnummer: _____ Station/ Abt.: _____

Mit diesem Fragebogen will der Betriebsarzt Zeit gewinnen – **für Sie!**
Helfen Sie ihm durch sorgfältiges Ausfüllen! Das persönliche Gespräch ist wichtig und soll durch diese Fragebogen nicht ersetzt, sondern zeitlich ermöglicht werden. Der Betriebsarzt will sich mit Ihnen ebenso aussprechen, wie Sie vielleicht auch Fragen an ihn richten wollen. **Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Dies gilt auch für die Angaben in diesem Fragebogen.**

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

Arbeiten Sie mit Mäusen oder anderen Tieren? Nein Ja _____

Eigene Erkrankungen:

Bestehen oder bestanden bei Ihnen Erkrankungen bzw. Beschwerden folgender Organe?

Infektionskrankheiten Nein Ja Erläuterung _____
z.B. Tuberkulose; Gelbsucht; Röteln; etc.

Ohren Nein Ja Erläuterung _____
z.B. häufige Entzündungen;
Schwerhörigkeit; etc.

Augen Nein Ja Erläuterung _____
z.B. Brillenträger; Kontaktlinsen;
Hornhautverkrümmung; etc.;

Atemwege Nein Ja Erläuterung _____
z.B. Bronchitis; Asthma; Nasennebenhöhlenentzündungen; etc.

Bluterkrankungen Nein Ja Erläuterung _____
z.B. Anämie; Eisenmangel; etc.

Herz/ Kreislauf Nein Ja Erläuterung _____
z.B. Bluthochdruck; Herzrasen etc.;

Verdauungsorgan Nein Ja Erläuterung _____
z.B. Fingerdarm; Bauchspeicheldrüse; Morbus Crohn; Colitis; etc.;

Stoffwechselerkrankung Nein Ja Erläuterung _____
z.B. Diabetes; Gicht; Schilddrüse; etc.

Bewegungsapparat Nein Ja Erläuterung _____
z.B. Arthrose;

Allergie/Haut/Schleimhäute Nein Ja Erläuterung _____
z.B. Heuschnupfen; etc.

Geschlechtsorgane Nein Ja Erläuterung _____
z.B. Fehlgelburt etc.;

neurologischen Erkrankungen Nein Ja Erläuterung _____
z.B. Epilepsie; Migräne; etc.;

psychische Erkrankungen Nein Ja Erläuterung _____
z.B. Depressionen; Angststörungen; etc.;

Operationen Nein Ja Erläuterung _____

Unfälle Nein Ja Erläuterung _____
z.B. Arbeits-oder Wegeunfälle etc.;

Erlerner Beruf/Berufsbezeichnung: _____

Sportliche Betätigung Nein Ja gelegentlich

Schwerbehinderung Nein Ja GdB: _____%

Berufskrankheiten Nein Ja Art: _____

Nikotin Nein Ja _____ St./Tag

Alkohol Nein selten täglich wöchentlich

Medikamente: _____

Hausarzt: _____

Ich wurde vom Arzt/Assistent/Physician Assistant über Risiken und Nebenwirkungen (blauer Fleck, Schmerzen an der Einstichstelle, etc.) bei der Blutentnahme belehrt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die von mir gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Datum: _____

Unterschrift: _____

C10 durchgeführt:

Impfbuch vorgelegt? Nein Ja