

# Arbeitsmedizinische Untersuchung

## Malteser

Bitte beantworten Sie diesen Anamnesebogen sorgfältig und wahrheitsgemäß  
**Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_ Dienststelle: \_\_\_\_\_

Beruf/ aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Wann wurden zuletzt eine arbeitsmedizinische Untersuchungen durchgeführt? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwerbehinderung: (GdB): \_\_\_\_\_ Besteht eine Erwerbsminderung? \_\_\_\_\_

Benötigen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? \_\_\_\_\_

Wie lange arbeiten Sie am Bildschirm? \_\_\_\_\_

Augenbeschwerden? \_\_\_\_\_ Kopfschmerzen? \_\_\_\_\_

Wie oft tragen Sie einen Atemschutz? \_\_\_\_\_ Welchen? \_\_\_\_\_

Probleme mit der Maske aufgetreten? \_\_\_\_\_

Lungenerkrankung bekannt? \_\_\_\_\_

Tägliche Feuchtarbeit > 2 h/Tag? \_\_\_\_\_ Tägliche Feuchtarbeit > 4 h/Tag? \_\_\_\_\_

Hauterkrankungen/- beschwerden? \_\_\_\_\_

Probleme mit Seife, Desinfektionsmittel oder Handschuhen aufgetreten? \_\_\_\_\_

Sind Sie in hautärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_

Verwenden Sie Handschuhe? Welche? \_\_\_\_\_

Belastung durch Heben und Tragen? \_\_\_\_\_

Rückenbeschwerden? \_\_\_\_\_ Hilfsmittel ausreichend? \_\_\_\_\_

Welche Fahrzeuge werden gefahren? \_\_\_\_\_

LKW- Führerschein? \_\_\_\_\_

Nadelstichverletzung in den letzten Jahren? \_\_\_\_\_

Besteht Schutz gegenüber Masern? (2x Impfung oder pos. Titer)? \_\_\_\_\_

---

- Bitte wenden -

**Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen?**

Vorerkrankung	JA	NEIN	Vorerkrankung	JA	NEIN
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall, Nervenerkrank.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rheuma/ Gelenke	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes/ Blutzucker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	chron. Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fettstoffwechsel/Gicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden/ Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Thrombose/ Lungenembolie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Psyche/ Sucht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma/ chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sonstige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leber- oder Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bisherige Operationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen/ Darm- Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Allergie/ Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Trinken Sie Alkohol?  nein  selten  gelegentlich  regelmäßig

Nehmen Sie Drogen?  ja  nein

Nehmen Sie Medikamente?

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Fragen zum Schlafverhalten und zur Tagesschläfrigkeit**

Fragen	Ja	Nein	Nicht bekannt
1. Schnarchen Sie häufig (fast jede Nacht bzw. mehr als 3 x pro Woche) oder berichtet Ihr Partner darüber?			
2. Haben Sie Atemaussetzer oder berichtet Ihr Partner darüber?			
3. Leiden Sie am Tage unter Schläfrigkeit? (Fallen Ihnen die Augen zu, schlafen Sie ungewollt ein?)			
4. Hatten Sie schon einmal während der Arbeit Sekundenschlaf? Sind Sie am Steuer schon einmal eingeschlafen?			

**Ich versichere den Fragebogen wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt zu haben.**

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_