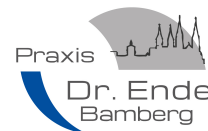


Arbeitsmedizinische Untersuchung

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: _____