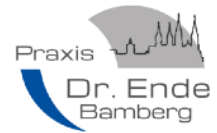


Arbeitsmedizinische Untersuchung



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

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____ geb.am: _____ m/w

Anschrift: _____ Tel.: _____

Ihr Hausarzt: _____

Beruf/ aktuelle Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____

Schwerbehinderung: (GdB): _____ % Besteht eine Erwerbsminderung? _____

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

Nehmen Sie Medikamente?

wenn ja, welche?

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: _____