Arbeitsmedizinische Untersuchung

Einstellungsuntersuchung

Praxis Dr. Ende Bamberg

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

Persönliche Daten:

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

Straße: _____ PLZ : _____ Ort: _____

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	☐ ja	☐ nein	Hauterkrankung	☐ ja	☐ nein
Herzerkrankung	☐ ja	☐ nein	Tumorerkrankung	☐ ja	☐ nein
Schlaganfall, Nervenerkrank.	☐ ja	☐ nein	Rheuma/ Gelenke	☐ ja	☐ nein
Diabetes/ Blutzucker	☐ ja	☐ nein	chron. Infektionskrankheit	☐ ja	☐ nein
Fettstoffwechsel/Gicht	☐ ja	☐ nein	Anfallsleiden/ Epilepsie	☐ ja	☐ nein
Thrombose/ Lungenembolie	☐ ja	☐ nein	Psyche/ Sucht	☐ ja	☐ nein
Asthma/ chron. Bronchitis	☐ ja	☐ nein	Sonstige	☐ ja	☐ nein
Leber- oder Nierenerkrankung	☐ ja	☐ nein	Bisherige Operationen	☐ ja	☐ nein
Magen/ Darm- Erkrankung	☐ ja	☐ nein	Allergie/ Unverträglichkeit	☐ ja	☐ 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: _____