

Arbeitsmedizinische Untersuchung



G20 - Lärmvorsorge

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? _____

Wie lange arbeiten Sie durchschnittlich im Lärmbereich? _____

Verwenden Sie Gehörschutz? Welchen? _____

OP am Ohr? _____ Ohrgeräusche? _____ Hatten Sie einen Hörsturz? _____

Häufige Entzündungen der Ohrmuschel? _____

Weitere Belastungen am Arbeitsplatz (z.B. Gefahrstoffe, Heben/Tragen, Nachtarbeit)? _____

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: _____