

Arbeitsmedizinische Untersuchung



G25/ FEV

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: _____

Wurden bereits arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt? _____

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

Benötigen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? _____

Befinden Sie sich in augenärztlicher Behandlung? _____

Ich arbeite als PKW Fahrer LKW Fahrer Gabelstaplerfahrer

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

Trinken Sie Alkohol? nein selten gelegentlich regelmäßig

Nehmen Sie Drogen? ja nein

Nehmen Sie Medikamente?

wenn ja, welche? _____

- BITTE WENDEN-

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?			

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden – sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- 0 = würde *niemals* einnicken
- 1 = *geringe* Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 2 = *mittlere* Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 3 = *hohe* Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken
Im Sitzen lesend	① ② ③
Beim Fernsehen	① ② ③
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z. B. im Theater oder bei einem Vortrag)	① ② ③
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	① ② ③
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	① ② ③
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	① ② ③
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	① ② ③

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: _____