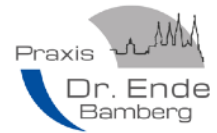


Arbeitsmedizinische Untersuchung



G37 - Bildschirmarbeit

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: _____ Wie wurden Sie auf uns aufmerksam: _____

Beruf/ aktuelle Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____

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

Brille/ Kontaktlinsen? _____ Abstand Augen- Bildschirm? _____

Wie lange arbeiten Sie am Bildschirm? _____

Augenbeschwerden? _____

Rückenbeschwerden? _____ Kopfschmerzen? _____

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: _____