

**Anamnesebogen zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge**  
bitte ausgefüllt zum vereinbarten Arzttermin mitbringen

**Name:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer/Email:** \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_  
**(Name und Anschrift)**

\_\_\_\_\_

**Aktuelle Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

**Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher Behandlung?**      **Nein**       **Ja**  \_\_\_\_\_  
(weshalb?)

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**      **Nein**       **Ja**  \_\_\_\_\_  
(welche und in welcher Dosierung?, evtl. Medikamentenplan beilegen)

**Rauchen Sie?**      **Nein**       **Ja**  \_\_\_\_\_  
(wie viele Zigaretten pro Tag seit wie vielen Jahren?)

**Trinken Sie regelmäßig alkoholhaltige Getränke?**      **Nein**       **Ja**  \_\_\_\_\_  
(ca. wie viel Glas pro Tag oder Woche?)

Bestehen Erkrankungen im HNO Bereich?      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus, chronische Reizungen der Gehörgänge)

Bestehen Erkrankungen der Augen?      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(z.B. erhöhter Augennendruck, Linsentrübung, Makuladegeneration)

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(Alter der Sehhilfe)

Bestehen Erkrankungen des Nervensystems?      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(z.B. Krampfleiden/Epilepsie, Migräne, Schwindel)

Bestehen Erkrankungen der Lunge/Bronchien?      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(z.B. Asthma, chronische Bronchitis)

Bestehen Erkrankungen von Herz oder Kreislauf?      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung, Bluthochdruck)

Bestehen Stoffwechsel- oder Immunerkrankungen      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenfunktionsstörungen)

Bestehen Erkrankungen oder Irritationen der Haut?      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(z.B. Neurodermitis, trockene, rissige Haut im Winter)

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(welche?)

Bestehen sonstige Erkrankungen/Einschränkungen?      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
(z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus, chronische Reizungen der Gehörgänge)

Impfungen bisher gut vertragen      Nein       Ja  \_\_\_\_\_  
( Impfbuch mitbringen)

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum )

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift) Ka 04/2015