DR. MED. TIL BERGER
ZENTRUM FÜR REISE- UND BETRIEBSMEDIZIN

Anamnese (Vorgeschichte)

Datum:

Vorname, Name	Straße, Haus Nr.
Geburtsdatum	PLZ, Ort
Telefon	Email
Personal Nr.	Kostenstelle
erlernter Beruf jetzige Tätigkeit	seit wann dort tätig?
Arbeitgeber	Arbeitgeberadresse
Arbeitgeber Ansprechpartner	Arbeitgeber Tel.Nr.

Geschlecht: männlich O weiblich O anderes O keine Angabe O	
Angestellter O Auszubildender O Beamter O Leit. Angesteller O Unternehmer O	
Arbeitszeit: normal O Teilzeitarbeit O häufig Überstunden O	
Verrichten Sie überwiegend Schichtarbeit? Nein O Ja O	
In welchem Teil des Betriebes sind Sie regelmäßig tätig? (z. B. Büro, Werkstatt, Lager, Fuhrpark, Produktion)	
Welche persönliche Schutzausrüstung benutzen Sie? (Schutzhelm, Gehörschutz, Sicherheitsschuhe)	
Trinken Sie Alkohol? Nein O Nicht mehr O Ja O wieviel (z. B. 3 Fl. Bier/Woche)?	
Rauchen Sie? Nein O Ja O Wenn ja, wie viele/Tag?_____ Nicht mehr O	
Nehmen Sie regelmäßig Beruhigungsmittel/Schlafmittel? Nein O Ja, auf Rezept O Ja, ohne Rezept O	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein O Ja, auf Rezept O Ja, ohne Rezept O	
Haben Sie einen Behinderten-Ausweis? Nein O Ja O ___ % Beantragt O	
Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen den Arbeitplatz gewechselt? Nein O Ja O	
Haben Sie sich wegen Ihrer Berufstätigkeit einer arbeitsmedizinischen Vorsorge unterzogen? Nein O Ja O Wenn Ja, wann und wo? O	
Treiben Sie Sport? Nein O Unregelmäßig O Regelmäßig O	
Größe: Gewicht:	

Familienanamnese:	
Gibt es bei Ihren Eltern oder Geschwistern…	
Kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall)? Nein O Ja O	
Diabetes oder andere Stoffwechselerkrankungen? Nein O Ja O	
Krebserkrankungen? Nein O Ja O	
Neurologische Erkrankungen? Nein O Ja O	

DR. MED. TIL BERGER
ZENTRUM FÜR REISE- UND BETRIEBSMEDIZIN

Leiden Sie unter folgenden Gesundheitsstörungen?		Wenn ja, seit wann, was genau?
Haben Sie ein Augenleiden?	Nein O Ja O	
Sind Ihre Zähne behandlungsbedürftig?	Nein O Ja O	
Neigen Sie zu Bronchialasthma?	Nein O Ja O	
Neigen Sie schon bei geringer körperlicher Tätigkeit (z. B. Treppensteigen) zu Atemnot oder Brustschmerzen?	Nein O Ja O	
Hatten Sie einen Herzinfarkt?	Nein O Ja O	
Neigen Sie zu Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen?	Nein O Ja O	
Wurde bei Ihnen hoher Blutdruck festgestellt?	Nein O Ja O	
Wurde bei Ihnen eine Zuckerkrankheit festgestellt?	Nein O Ja O	
Wurden bei Ihnen erhöhte Blutfettwerte festgestellt?	Nein O Ja O	
Haben Sie Magen- und Darmbeschwerden?	Nein O Ja O	
Leiden Sie an einer Leberkrankheit?	Nein O Ja O	
Haben Sie Krampfadern?	Nein O Ja O	
Haben Sie Rückenschmerzen?	Nein O Ja O	
Haben Sie Schmerzen in der Muskulatur?	Nein O Ja O	
Haben Sie Sehnenscheidenentzündungen der Handgelenke/ Unterarme?	Nein O Ja O	
Hatten Sie Knochenbrüche?	Nein O Ja O	
Hexenschuss (Ischias)	Nein O Ja O	
Wurde bei Ihnen Gelenkrheuma festgestellt?	Nein O Ja O	
Wurde bei Ihnen eine Gichtkrankheit festgestellt?	Nein O Ja O	
Neigen Sie zu Hauterkrankungen?	Nein O Ja O	
Leiden Sie unter Allergien?	Nein O Ja O	
Sind Sie Epileptiker? Haben Sie ein Anfallsleiden?	Nein O Ja O	
Hatten Sie einen Unfall mit längerer Arbeitsunfähigkeit?	Nein O Ja O	
Hatten Sie einen Unfall mit längerer Arbeitsunfähigkeit?	Nein O Ja O	
Hatten Sie Krankenhausaufenthalte in der vergangenen Zeit?	Nein O Ja O	
Sind Sie operiert worden?	Nein O Ja O	
Werden Sie zur Zeit ärztlich behandelt?	Nein O Ja O	
Gehen Sie zur Krebsvorsorgeuntersuchung?	Nein O Ja O	
Ist in den letzten 6 Monaten ungewollter Gewichtsverlust aufgetreten?	Nein O Ja O	

Raum für Ihre persönlichen Angaben:

Ort, Datum: _____ Unterschrift Proband: _____