

ERHEBUNGSBOGEN ZUR ARBEITSMEDIZINISCHEN VORSORGEUNTERSUCHUNG

Sehr geehrte Mitarbeiterin, sehr geehrter Mitarbeiter,
dieser Bogen erleichtert es uns, Ihre Arbeits- und Krankengeschichte zu erheben und dient als Grundlage für die weitere betriebsärztliche Untersuchung. Bitte füllen Sie ihn gewissenhaft und vollständig aus. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

.....
(Name) (Vorname) (geb. am)
.....
(Straße) (PLZ) (Wohnort) (Telefon)
.....
(zukünftige Arbeitsstelle)

Größe: Gewicht:

Berufliche Vorgeschichte:

Ausgeübte Berufstätigkeiten von ... bis

z. Zt. ausgeübte Tätigkeit: seit

Wurden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen von einem Betriebsarzt durchgeführt?

wenn ja : wegen welcher Gefährdungen?

wann zuletzt? wo?

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Lungen? wo?

Durchgemachte **Kinderkrankheiten:**

- Masern Mumps Röteln Windpocken
- Keuchhusten Ringelröteln andere:

Bisherige **Erkrankungen:**

- Krankenhausaufenthalte nein ja
- Operationen nein ja
- Unfälle, Arbeitsunfälle nein ja
- Berufskrankheiten nein ja ... % Minderung der Erwerbsfähigkeit
- Schwerbehindert nein ja ... Grad der Behinderung
- Heilverfahren (Kur) nein ja

Erfolgte aus gesundheitlichen Gründen ein Berufswechsel? nein ja

Aus welchen Gründen?

Beschwerden durch oder ärztliche Behandlung wegen:

- Erkrankungen der Atmungsorgane nein ja
- Herz-Kreislaufkrankungen nein ja
- Magen-Darmerkrankungen nein ja
- Leber-Gallenerkrankungen nein ja
- Nierenerkrankungen nein ja
- Stoffwechselerkrankungen nein ja
- Bluterkrankungen nein ja
- Hautveränderungen oder Ekzeme nein ja Betroffene Körperteile:
- Unverträglichkeiten der Haut gegenüber
 Schutzhandschuhen Seifen Desinfektionsmitteln Tierhaaren Anderes
- Allergien nein ja wogegen?:
- Erkrankungen der Wirbelsäule nein ja
- Sonstige Erkrankungen
von Knochen oder Gelenken nein ja
- psychische- und Verhaltensstörungen nein ja
- (z.B. Abhängigkeitserkrankungen, Angststörungen, Persönlichkeitsveränderungen, andere)
- Anfallsleiden, neurologische Erkrankungen nein ja
- Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? nein ja Niemals geraucht
- Was, wie viel, wie lange?
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol? nein ja
- Regelmäßige Medikamenteneinnahme? nein ja welche?
- Sind sie in ständiger ärztlicher Behandlung? nein ja wegen:
- Fühlen Sie sich aktuell gesund? nein ja
- Scheiden Sie aktuell Krankheitserreger aus
(Typhus, Ruhr, Salmonellen...) nein ja unbekannt
- Leiden Sie an einer chronischen Infektionskrankheit
(Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, andere) nein ja unbekannt
- Sonstige Erkrankungen

Berlin, den

Unterschrift