



Anamnesebogen

Name:	Vorname:
Geburtsdatum/ Geburtsort:	Adresse (Straße/Ort):
Tel.-Nr.:	Arbeitgeber
Tätigkeit als:	Beginn der Beschäftigung

I. Soziale Anamnese/ Familienanamnese	Ja	Nein
➤ Liegen in Ihrer Familie Erkrankungen vor wie: Bluthochdruck, Asthma, Allergien, Krebserkrankungen, Zuckerkrankheiten? Falls JA, welche?	☐	☐

II. Arbeitsanamnese	Ja	Nein
➤ Wie ist Ihre wöchentliche Arbeitszeit?	☐	☐
➤ Arbeiten Sie im Schichtdienst? Wenn JA, wie ist Ihr Schichtsystem?	☐	☐
➤ Waren Sie früher in einem anderen Beruf tätig? Wenn JA, was waren Ihre beruflichen Tätigkeiten?	☐	☐
➤ Besteht eine Schwerbehinderung?	☐	☐
➤ Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor?	☐	☐

III. Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheiten?	Ja	Nein
Bitte geben Sie an, ob Sie an folgenden Krankheiten leiden: Augen-, Ohren-, Schilddrüsen-, Herz-Kreislauf-, Leber-, Magen-Darm-, Nieren-, Wirbelsäulen-, Gelenk-, Nerven-, Stoffwechsel- oder Hauterkrankungen. Wenn JA, welche?	☐	☐
Leiden Sie unter Heuschnupfen oder Allergien? – wenn JA - gegen:	☐	☐

IV. Jetziger Gesundheitszustand	Ja	Nein
➤ Befinden Sie sich zurzeit in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? Falls JA, weswegen?	☐	☐
➤ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls JA, welche Medikamente und Dosierung	☐	☐
V. Fragen zu Gewohnheiten	Ja	Nein
➤ Machen Sie Sport? Falls ja, welche Sportart?	☐	☐
➤ Trinken Sie regelmäßig Alkohol? (regelmäßig mehr als 2-3 x wöchtl.) Falls JA, bitte die durchschnittliche Menge pro Woche/Tag angeben:	☐	☐
➤ Rauchen Sie Falls JA, wie viele Zigaretten täglich und seit wann?	☐	☐
➤ Nehmen Sie Drogen? Falls JA, welche und seit wann?	☐	☐

- Hiermit erkläre ich, dass ich auf diesem Fragebogen alle für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes bedeutsamen Fragen, vor allem diejenigen nach körperlichen und geistigen Gebrechen, wahrheitsgemäß beantwortet habe.
- Mit der elektronischen Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden.
- Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten bedarf meiner schriftlichen Genehmigung.
- Zur Rechnungsstellung willige ich der Weitergabe meines Namens an den Arbeitgeber ein.

Datum / Unterschrift

Einverständniserklärung

☐ Ich stimme der **arbeitsmedizinischen Vorsorge**, einschließlich Blut- und Urintests sowie ggf. HIV-Test, zu. Die Teilnahmebescheinigung wird direkt an meinen Arbeitgeber übermittelt.

☐ Ich bin mit der **Eignungsuntersuchung** einverstanden. Die Ergebnisse dürfen an meinen Arbeitgeber weitergeleitet werden.

Datum / Unterschrift: _____
(Bei Minderjährigen: Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)