

Formular

Erstanamnese zur Arbeitsmedizinischen Untersuchung

Erstanamnese zur Arbeitsmedizinischen Untersuchung

Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden keinesfalls dem Arbeitsgeber mitgeteilt.

Name: Geburtsdatum: Straße, Hausnr.: PLZ/Ort:	Einstellungsdatum: Betrieb: Abteilung: Telefon privat:
--	---

Jetzige Tätigkeit/Arbeitsplatz	seit _____
Frühere Tätigkeiten/Arbeitsplätze	seit _____
	seit _____
	seit _____

	Nein	Ja	Bemerkung
Arbeitsplatzwechsel aus gesundheitlichen Gründen	☐	☐	
Anerkannte Berufskrankheit	☐	☐	
Schwerbehinderung/GdB	☐	☐	
Arbeitsunfälle mit Folgeschäden	☐	☐	
Nadelstichverletzungen	☐	☐	
Kontakte zu Kranken mit ansteckungsfähiger Tuberkulose	☐	☐	

- **Familienstand:** ☐ verheiratet ☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ in Partnerschaft
- **Geburtsjahr(e) der Kinder** _____
- **Rauchen:** ☐ nie geraucht ☐ früher geraucht ☐ rauche aktuell
- Wenn ja, Menge: ca. _____ am Tag, seit: Jahren Art: _____
- **Alkohol** ☐ überhaupt keinen ☐ selten ☐ regelmäßig
- Wenn ja, welche Menge und Art: ca. _____
- **Drogen (auch früher):** _____

Kinderkrankheiten	durchgemacht		geimpft		Nicht bekannt
	Ja	Nein	Ja	Nein	
Masern					
Mumps					
Röteln					
Keuchhusten					
Windpocken					
Scharlach			-----		
Ringelröteln			-----		

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- | | |
|---|--|
| ☐ Diabetes _____
☐ Schilddrüse _____
☐ Herzkrankheit _____
☐ Herzinfarkt _____
☐ Schlaganfall _____
☐ Darmerkrankungen _____
☐ Lebererkrankung _____
☐ Nieren/Blase _____
☐ Rheuma/Gelenke _____
☐ Asthma/Bronchitis _____
☐ Anfallsleiden/Krampfanfälle _____
☐ Schwindelanfälle _____
☐ Hautkrankheit _____
☐ Augenerkrankung _____
☐ Krebs/Tumore _____
☐ Thrombose/Lungenembolie _____ | ☐ Cholesterin erhöht _____
☐ Blutungsneigung _____
☐ Bluthochdruck _____
☐ Schlafapnoe/OSAS _____
☐ Magenerkrankungen _____
☐ Gallenerkrankungen _____
☐ Infektionskrankheiten _____
☐ Bluterkrankungen _____
☐ Gicht _____
☐ Lunge _____
☐ Psychische Erkrankung _____
☐ Nervenkrankheiten _____
☐ Bewegungsapparat _____
☐ Ohrenerkrankungen _____
☐ Tuberkulose _____
☐ Gynäkologische _____ |
|---|--|

Andere Erkrankungen: _____

Ausgedruckte Dokumente unterliegen nicht dem Änderungsdienst!

Freigabedatum: 06.08.2026	Freigabe von: Manuela Queisser (Betriebsarzt)	Review:	Seite 1 von 2	Version: 2
------------------------------	--	---------	------------------	---------------

Formular

Erstanamnese zur Arbeitsmedizinischen Untersuchung

Notieren Sie bitte Krankenhausaufenthalte, Operationen, Kuren:

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) bekannt?

Familienerkrankungen	Nein	Ja	Familienerkrankungen	Nein	Ja
Neurodermitis, Allergien			Herz-Kreislauferkrankungen		
Zuckerkrankheit			Tumor- oder Krebserkrankungen		
Anfallsleiden			Psychische Erkrankungen		

Einnahme von Medikamenten:

Medikamente_Dosierung	Häufigkeit	Seit wann

Aktuelle Beschwerden	Nein	Ja	Aktuelle Beschwerden	Nein	Ja
Hautprobleme (Rötung/Ausschlag)			Beschwerden beim Stuhlgang (Durchfall/Verstopfung/Blut im Stuhl)		
Geschwüre/schlecht heilende Wunden			Beschwerden beim Wasserlassen		
Augenreizung (Rötung, jucken, trocken)			Fieber, Erhöhte Körpertemperatur		
Behinderte Nasenatmung, Schnupfen			Schweißausbrüche/Nachtschweiß		
Sehstörungen			Schlafstörungen		
Hörstörungen, Ohrgeräusche			Magen-, Bauchschmerzen, Übelkeit		
Ohnmacht, Kollaps, Krampfanfälle			Appetitlosigkeit		
Atemnot, Kurzatmigkeit (in Ruhe oder bei Anstrengung)			Unruhe/Gereiztheit/Herzrasen		
Husten, Auswurf			Migräne/Kopfschmerzen		
Schmerzen im Nacken, Schulter			Panikattacken		
Schmerzen im Armen, Händen			Schwindel, Gleichgewichtsstörungen		
Schmerzen in Hüften, Beinen, Füßen			Antriebslosigkeit/Erschöpfungszustand		
Gefühlsstörungen (Kribbeln, Pelzigkeit)			Tagesschläfrigkeit		
Infektionskrankheiten, Entzündungen			Nächtliches Schnarchen/Atemaussetzer		
Herzbeschwerden (Herzrasen/Druck über der Brust/Beklemmungsgefühl),			Gynäkologische Beschwerden		
Ungewollte Gewichtsveränderungen	○ Gewichtsabnahme ○ Gewichtszunahme				
Sonstige Beschwerden:					

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben:

Ort Datum

Unterschrift

Ausgedruckte Dokumente unterliegen nicht dem Änderungsdienst!

Freigabedatum: 06.08.2026	Freigabe von: Manuela Queisser (Betriebsarzt)	Review:	Seite 2 von 2	Version: 2
------------------------------	--	---------	------------------	---------------