

Formular

Folgeanamnese zur Arbeitsmedizinischen Untersuchung

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

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

	Nein	Ja	
Hat sich in der Zwischenzeit ihr Arbeitsplatz verändert?	☐	☐	Bemerkung
Erfolgte eine Umsetzung aus gesundheitlichen Gründen?	☐	☐	
Besteht eine anerkannte Berufskrankheit oder ein MdE?	☐	☐	
Schwerbehinderung / GdB in %	☐	☐	
Arbeitsunfälle mit Folgeschäden?	☐	☐	
Nadelstichverletzungen?	☐	☐	
Kontakte zu Kranken mit ansteckungsfähiger Tuberkulose	☐	☐	
➤ 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): _____			

Sind seit der letzten betriebsärztlichen Vorsorge neue Erkrankungen festgestellt worden?

Notieren Sie bitte Krankenhausaufenthalte, Operationen, Kuren seit der letzten Untersuchung:

Einnahme von Medikamenten:

Art	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 (Ein- oder Durchschlafen)		
Hörstörungen, Ohrgeräusche			Magen-, Bauchschmerzen, Übelkeit		
Ohnmacht, Kollaps, Krampfanfälle			Unruhe/Gereiztheit/Herzrasen		
Atemnot, Kurzatmigkeit (in Ruhe oder bei Anstrengung)			Herzbeschwerden (Herzrasen/Druck über der Brust/Beklemmungsgefühl)		
Husten, Auswurf			Migräne/Kopfschmerzen		
Schmerzen im Nacken, Schulter			Panikattacken		
Schmerzen in Armen, Händen			Schwindel, Gleichgewichtsstörungen		
Schmerzen in Hüften, Beinen, Füßen			Antriebslosigkeit/Erschöpfung		
Gefühlsstörungen (Kribbeln, Pelzigkeit)			Tagesschläfrigkeit		
Infektionskrankheiten, Entzündungen			Nächtliches Schnarchen/Atemaussetzter		
Appetitlosigkeit			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: 12.08.2026	Freigabe von: Manuela Queisser (Betriebsarzt)	Review:	Seite 1 von 1	Version: 3
------------------------------	--	---------	------------------	---------------