

Anamnesebogen für Verkehrsmedizinische Untersuchungen

Nachname: <input style="width: 90%;" type="text"/> Vorname: <input style="width: 90%;" type="text"/> Geburtsdatum: <input style="width: 90%;" type="text"/> Adresse: <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> Tel.-Nr.: <input style="width: 90%;" type="text"/> Email-Adresse: <input style="width: 90%;" type="text"/> Tätigkeit: <input style="width: 90%;" type="text"/> Dienststelle: <input style="width: 90%;" type="text"/>	<p>Bitte bringen Sie zum Termin mit:</p> <p><input type="checkbox"/> Lichtbildausweis (Personalausweis)</p> <p><input type="checkbox"/> Impfbuch (falls vorhanden)</p> <p><input type="checkbox"/> Brille bzw. sonstige Sehhilfen</p> <p><input type="checkbox"/> Diesen Fragen per Mail an: info@amro-med.de</p> <p><input type="checkbox"/> <input style="width: 90%;" type="text"/></p> <p>Wenn Sie sich bei der Beantwortung der Fragen unsicher sind, lassen Sie sie bitte unbeantwortet. Offene Fragen können im Gespräch mit dem Betriebsarzt geklärt werden.</p>
--	--

Eigenanamnese	Ja	Nein
<ul style="list-style-type: none"> ● Alter: <input style="width: 60px;" type="text"/> Größe: <input style="width: 60px;" type="text"/> Gewicht: <input style="width: 60px;" type="text"/> ● Bestehen oder bestanden früher einmal berufsbedingte gesundheitliche Probleme? wenn JA – welche?: <input style="width: 95%;" type="text"/> ● Hatten Sie Unfälle mit erheblichen Verletzungsfolgen? <input style="width: 95%;" type="text"/> ● Besteht eine Schwerbehinderung? Ursache und GdB in % <input style="width: 95%;" type="text"/> ● Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor? MdE in % <input style="width: 95%;" type="text"/> 		
Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? (Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen)		
Erkrankung der Augen (z.B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit) <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Ohren (z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus) <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Schilddrüse (z.B. Überfunktion, Unterfunktion) <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkte, Bluthochdruck) <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Atemwege (z.B. Tuberkulose, Asthma) <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z.B. Virushepatitis) <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Magens, Darms (z.B. Schleimhautentzündung, Geschwür) <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Nieren, Blase (z.B. Koliken) <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Wirbelsäule (z.B. Bandscheibenleiden) <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Gelenke (z.B. Rheuma, Arthrose) <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Nervensystems (z.B. Schwindelanfälle, Migräne, Epilepsie) <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Psyche (z.B. Depression, Burnout) <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit) <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Haut (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme) <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen, Allergien – wenn JA - gegen: <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anamnesebogen für Verkehrsmedizinische Untersuchungen

Sonstige chronische Krankheiten oder Gesundheitsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		
Stationäre Krankenhausaufenthalte (z.B. Operationen, Unfälle) – wenn JA - Art der OP und wann ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		
Nehmen Sie Dauermedikamente ein – wenn JA, welche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		

Jetziger Gesundheitszustand	Ja	Nein
Fühlen Sie sich derzeit gesund und beschwerdefrei? Wenn NEIN, welche Beschwerden haben Sie? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		
Befinden sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? wenn JA – wegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
Rauchen/Vapen/Dampfen Sie ? Wenn JA – was und wie oft ? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol ? Wenn JA – was und wie oft ? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Drogen ? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 und nach bestem Wissen und Gewissen 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.

Ort, Datum

Unterschrift