



Institut für Arbeits- und Sozialmedizin
Postfach 10 14 46, 44544 Castrop-Rauxel

Dr. med. Julia Unterbusch
Fachärztin für Arbeits- und Sozialmedizin
Fachärztin für Anästhesie,
Intensiv- und Notfallmedizin
Zertifizierte medizinische Gutachterin
nach DGAUM und AEKWL

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsname: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

Tätigkeit: _____

Dienststelle: _____

Abteilung: _____

Bitte bringen Sie zum Termin mit:

- ✓ Lichtbildausweis (Dienst-, Personalausweis oder Reisepass)
- ✓ Impfbuch (falls vorhanden)
- ✓ Brille bzw. sonstige Sehhilfen
- ✓ Diesen Fragebogen

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.

Auf Veranlassung Ihres Arbeitgebers wird bei Ihnen eine arbeitsmedizinische Vorsorge durchgeführt. Diese dient der Erkennung individueller gesundheitlicher Risiken durch Ihre Berufstätigkeit und damit Ihrem persönlichen Schutz. Hierzu benötigen wir u. a. auch Angaben über Ihre Vorgeschichte. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden keinesfalls dem Arbeitgeber mitgeteilt. Dieser wird lediglich informiert, ob arbeitsmedizinische Bedenken gegen eine Beschäftigung bestehen oder nicht. Bitte beantworten Sie folgende Fragen indem Sie das zutreffende ankreuzen und ggf. unterstreichen bzw. ergänzen.

Eigenanamnese:	JA	NEIN
• Bestehen oder bestanden früher einmal berufsbedingte gesundheitliche Probleme? wenn JA – welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hatten Sie Unfälle mit erheblichen Verletzungen? wenn JA – welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Besteht eine Schwerbehinderung? Ursache und GdB in % _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor? MdE in % _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? (Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen)

	JA	NEIN
• Erkrankungen der Augen (z.B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Ohren (z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus, _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Schilddrüse (z.B. Überfunktion, Unterfunktion, _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkt, Bluthochdruck, _____ _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Atemwege (z.B. Tuberkulose, Asthma, _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z.B. Virushepatitis, _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Magens, Darms (z.B. Schleimhautentzündung, Geschwür, _____ _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Nieren, Blase (z.B. Koliken, _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Wirbelsäule (z.B. Bandscheibenleiden, _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Gelenke (z.B. Rheuma, Arthrose, _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Nervensystems (z.B. Schwindelanfälle, Migräne, Epilepsie, Gemütskrankheit, _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit, _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Haut (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme, _____ _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen, Allergien – wenn JA – gegen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstige chronische Krankheiten oder Gesundheitsstörungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stationäre Krankenhausaufenthalte (z.B. Operationen, Unfälle) – wenn JA Art der OP und wann _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familienanamnese: (Erkrankungen in der Familie, d.h. Eltern, Geschwister, Kinder)

	JA	NEIN
• z.B. Bluthochdruck, Asthma, Allergien, Tuberkulose, Zuckerkrankheit, Krebserkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Jetziger Gesundheitszustand:</u>	JA	NEIN
<ul style="list-style-type: none"> Fühlen Sie sich derzeit gesund und beschwerdefrei? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls NEIN – welche Beschwerden haben Sie? _____ _____		
<ul style="list-style-type: none"> Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls JA – wegen: _____ _____		
<ul style="list-style-type: none"> Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls JA – Namen und Dosierung angeben: _____ _____		
<ul style="list-style-type: none"> Nehmen Sie Drogen? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Bei FRAUEN: Letzte Periode: _____ 		
Besteht eine Schwangerschaft <input type="checkbox"/> fraglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Wann erfolgte die letzte Röntgen-Thorax Untersuchung? _____ 		
Wo? _____		

<u>Fragen zum Infektionsschutz:</u>	JA	NEIN
Diese Fragen brauchen Sie nur zu beantworten, wenn Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit mit Lebensmitteln in Kontakt kommen, d.h. Lebensmittel herstellen, behandeln oder inverkehrbringen und dabei mit ihnen direkt (mit der Hand) oder indirekt über Bedarfsgegenstände (z.B. Geschirr, Besteck, usw.) in Berührung kommen.		
<ul style="list-style-type: none"> Leiden Sie an einer infektiösen Durchfallerkrankung (insbesondere Typhus, Paratyphus, Cholera, Shigellenruhr, Salmonellose) oder einer Virushepatitis-A oder -E bzw. besteht der Verdacht auf eine dieser Erkrankungen? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Hat bei Ihnen die Untersuchung einer Stuhlprobe die Ausscheidung von krankmachenden Keimen (insbesondere Salmonellen, Shigellen, Choleravibrien oder sog. Enterohämorrhagischen Escherichia coli-Bakterien) ergeben? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Leiden Sie an einer infizierten Wunde oder einer ansteckenden Hauterkrankung? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Für Beschäftigte im Gesundheitsdienst und Beschäftigte in infektionsgefährdeten Bereichen:

- Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft und wenn JA wann erfolgte die letzte Impfung?
Hepatitis A _____ Tetanus _____ Röteln _____
Hepatitis B _____ Diphtherie _____ BCG _____
- Bereits durchgemachte Infektionskrankheiten z.B. Kinderkrankheiten (Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten), Hepatitis-Erkrankungen, etc.

- Wann wurde der letzte Tuberkulin-Stempeltest angelegt? _____
Ergebnis: positiv negativ

- 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.

Castrop-Rauxel: _____

Unterschrift