

Anamnesebogen - Zentrum für Arbeitsmedizin

Name, Vorname:	Geb.-Datum:	PK-Nr.:
Geschlecht: m () w () d ()	Tel.-Nr. (Handy):	E-Mail:
Anschrift:		
Arbeitgeber:	Tätigkeit:	Eintrittsjahr:

Aus welchem Anlass kommen Sie zu uns:

Arbeitsmedizinische Vorsorge → 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. Der Arbeitgeber erhält eine Vorsorgebescheinigung, aus der hervorgeht, wann die arbeitsmedizinische Vorsorge stattgefunden hat und wann die nächste Vorsorge empfohlen wird.

Eignungsuntersuchungen → Eignungsuntersuchungen dienen der Klärung, ob die oder der Beschäftigte die gesundheitlichen Anforderungen an die Tätigkeit erfüllt. Sie unterliegen besonderen arbeitsrechtlichen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen und entsprechen einer gutachterlichen Untersuchung im Auftrag des Arbeitgebers. Der Arbeitgeber erhält eine Bescheinigung, aus der hervorgeht, ob gesundheitliche Bedenken gegen die Ausübung einer Tätigkeit bestehen oder nicht. Die Einwilligung des Beschäftigten für die Untersuchung, und für die Ergebnismitteilung an den Arbeitgeber ist grundsätzlich in schriftlicher Form erforderlich.

weitere Details zu Eignungsuntersuchungen finden Sie hier: [Stellungnahme des BMAS zu Eignungsuntersuchungen](#)

NUR bei Eignungsuntersuchung: Hiermit erkläre ich mich mit der Übergabe der ärztlichen Eignungsbescheinigung als Ergebnis der Eignungsuntersuchung an meinen Arbeitgeber einverstanden. Über mögliche arbeitsrechtliche Folgen (z.B. Tätigkeitswechsel, Kündigung) im Falle meiner Nichteignung für die berufliche Tätigkeit wurde ich vorab aufgeklärt. Ich erteile hiermit meine Zustimmung zur Durchführung der erforderlichen Untersuchungen zur Eignungsfeststellung.

Datum _____ Unterschrift _____

Sonstiges z.B. Gespräch / BEM → Bitte bringen zum vereinbarten Termin aktuelle Atteste / Rehabilitations-/ Arztberichte, usw. mit, die mit Ihrer Tätigkeit in Verbindung stehen.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen, indem Sie das Zutreffende ankreuzen und ggf. unterstreichen, bzw. ergänzen

<u>Jetziger Gesundheitszustand:</u>	JA	NEIN
<ul style="list-style-type: none"> • Fühlen Sie sich derzeit gesund und beschwerdefrei? Falls NEIN – welche Beschwerden haben Sie? _____ _____ • Befinden sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? Falls JA – Grund: _____ _____ • Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls JA – Name und Dosierung angeben: _____ _____ 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<u>Fragen zu Gewohnheiten:</u>		
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn JA - durchschnittliche Menge / Woche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn JA, wie viele Zigaretten täglich? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
<u>Eigenanamnese:</u>		
• Bestehen oder bestanden früher einmal berufsbedingte gesundheitliche Probleme? wenn JA – welche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ist eine Berufskrankheit anerkannt? _____	<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)		
• Erkrankung 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, Rhythmusstörungen, 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, Muskeln (z.B. Rheuma, Arthrose) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Nervensystems (z.B. Schwindelanfälle, Migräne, Epilepsie, Schlaganfall) _____	<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"/>
• Psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Psychose) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstige chronische Krankheiten oder Gesundheitsstörungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Operationen mit Spätfolgen / Unfälle mit bleibenden Schäden – welche: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Allergien – wenn JA - gegen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte bringen Sie neben diesen Anamnesebogen zum vereinbarten Termin mit:

- ✓ bei Eignungs-, Einstellungsuntersuchungen oder Vorsorge – Bildschirmarbeit – die aktuelle Brille
- ✓ Beschäftigte im Gesundheitsdienst und Beschäftigte in infektionsgefährdeten Bereichen:
 - bitte **das Impfbuch (falls vorhanden) mitbringen**
- 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.



Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten dient zur Erfüllung vertraglicher und/oder rechtlicher Verpflichtungen. Betroffene haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit, **Widerruf, Widerspruch** und Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde. Weitere Informationen finden Sie über den nebenstehenden QR-Code oder unter www.waz-leverkusen.de/erstinfor.html

Datum

Unterschrift