

WERKSARZZENTRUM

Mönchengladbach, Viersen und Umgebung e.V.

Geschäftsführung: Kaiserstraße 41 41061 Mönchengladbach Tel.-Nr. (02161) 926890
 Dienststelle Rheydt: Egerstraße 2 41236 Mönchengladbach Tel.-Nr. (02166) 44843

Anamnese zur arbeitsmedizinischen Vorsorge/Eignungsuntersuchung/Einstellungsuntersuchung

nicht zutreffendes bitte durchstreichen

Name: Vorname: geb.:

Straße: PLZ: Ort:

Telefon-Nr.: Arbeitgeber:

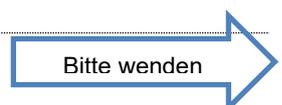
Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage die richtige Antwort an.

| Erkrankungen der eigenen Eltern und Geschwister | ja | nein | Bemerkungen |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Zucker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Herz-Kreislauf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Haut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Andere Leiden (Gicht, Rheuma, Krebs, usw.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| EIGENE Erkrankungen (Angabe von Erkrankungen ab Geburt) | ja | nein | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|
| der Ohren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| der Augen (keine Brille) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| der Schilddrüse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| des Herzens, Kreislauf oder Blutdrucks | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| der Lunge, Bronchien oder des Rippenfells | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| des Magens oder Darms | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| der Niere oder Blase | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| des Unterleibs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| der Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| der Gelenke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| der Nerven | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| der Haut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| einer Allergie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| einer Vergiftung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| einer Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| einer Infektionskrankheit (z.B. Tbc, Hepatitis, HIV) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| eines Anfallleidens (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| einer Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| einer Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | ja | nein | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|
| Leiden Sie an Tagesschläfrigkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |



Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? ja Falls nein, welche Beschwerden haben Sie?

Größe: cm

Gewicht: kg

| | ja | nein | Bemerkungen |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Sind Sie operiert worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Welche Operation(en)? | | | |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Nehmen Sie Drogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sind Sie Raucher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Treiben Sie regelmäßig Sport? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Hatten Sie Unfälle mit erheblichen Verletzungsfolgen? (z.B. Fraktur?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor? Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Wieviel Prozent? | | % | |
| Bestehen Schwindelanfälle oder Höhenangst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| In welchem Jahr sind Sie zuletzt Lunge geröntgt worden? | | | |
| Besteht eine Schwangerschaft? (dann darf nicht geröntgt werden) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Tragen Sie bei der Arbeit

| | ja | nein |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Atemschutz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehörschutz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Strahlenschutzkleidung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Arbeitsschutzkleidung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Waren oder sind Sie bei der Arbeit ausgesetzt:

| | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Lösemitteln (Verdünner, Kühlmittel, Reinigungsmittel) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kleber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chemischen Stoffen (Blei, Quecksilber usw.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergene (z.B. Aldehyde, Pharmaka) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lärm (über 85db A) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erschütterungen (z.B. Pressluftarbeiten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quarz-, Asbest-, mineralischer Staub | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kälte, Hitze, Nässe (kein Klima!) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstige Merkmale Ihrer Arbeit

| | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Infektionsgefährdung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bildschirmtätigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nacht-Schichtarbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwerarbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gefährliche Arbeiten (z.B. Absturzgefahr), | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erlerner Beruf: | | |
| Andere ausgeübte Tätigkeiten: | | |
| Jetzige Tätigkeit/ ausgeübter Beruf: | | |

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben angegebenen Daten

Datum: Unterschrift: Arzt: