



Arbeitsmedizinische Untersuchung

Dieser Anamnesebogen bildet die Grundlage der Eignungsfeststellung und ist daher verpflichtend und **wahrheitsgemäß auszufüllen**, sowie **am Untersuchungstag mitzubringen.**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnr.:

Geburtsort:

PLZ Wohnort:

Telefon:

Firma:

e-mail:

Berufliche Tätigkeit:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? Ggf. Medikamentenplan mitbringen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
Herz-/ Kreislauferkrankungen? (Z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, KHK)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
Lungenerkrankungen? (Z.B.COPD, Asthma, Fibrose, ...)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
Neurologische Erkrankungen? (Z.B. Epilepsie, Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, Bewusstseins- und Gleichgewichtsstörung, Schäden des Nervensystems, Z.n. Schädel oder Hirn-Verletzungen, Schlaganfall,...)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
Stoffwechselerkrankungen? (Z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung,...) Bitte ggf. Blutzuckerwerte mitbringen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
Psychische Erkrankungen? Bitte aktuelle und frühere Beschwerden angeben (Z.B. Depression, Suchterkrankung, Klaustrophobie, andere Phobien, Panikstörung,...)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
Erkrankungen des Bewegungsapparates? Muskel- / Skelletsystem	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
Unfälle/ Operationen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:

Bekannte Blut- / Infektionskrankheiten? (Z.B. Anämie, Leukämie, Hepatitis, HIV,...)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
Störung des Hörvermögens? (Z.B. Hörsturz, Schwerhörigkeit, Knalltrauma, Tinnitus,...)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
Störungen des Sehvermögens? Augenerkrankungen? (Bei Brille/Kontaktlinsen Sehstärke angeben)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
Chronische Hauterkrankungen? (Z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte,...)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
Aktuelle Hautbeschwerden, oder Hautprobleme am Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
Sonstige Beschwerden am Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
Sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
Allergien?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
Probleme bei Nachtfahrten? (Z.B. bei Blendempfindlichkeit, Probleme bei Dämmerung)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
Sind Sie am Steuer oder bei der Arbeit schon einmal eingeschlafen? (Sekundenschlaf)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schnarchen Sie häufig, oder hatten schonmal Atemaussetzer in der Nacht?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
Regelmäßiger Alkoholkonsum?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wie viel: (pro Tag/ Woche/Monat)
Drogenkonsum?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche: (pro Tag/ Woche/Monat)
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wie viel pro Tag:
Impfungen vollständig? Regelmäßig beim Hausarzt überprüft?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja Ggf. Impfpass mitbringen
Machen Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welchen:
Für Frauen: Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche Woche:

Datum:

Unterschrift: