



Anamnese Arbeitsmedizin

Name :	Vorname:
Adresse:	Geburtsdatum:
ausgebildet als:	Telefon:
derzeit tätig als:	Email:

1. Anamnese/Vorgeschichte

Medikamente

(geben Sie bitte alle Medikamente an, die Sie jetzt regelmäßig oder bei Bedarf einnehmen)

Operation

(Wann? Was? ggf. welche Seite)

Waren Sie in einer Kur-/Rehaverordnung?(wenn ja Wann?Wo?)

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Erkrankung	nein	ja	kurze Beschreibung
Augenerkrankung (z.B Glaukom/grauer Star)			Was? Seit wann? Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/>
Schwerhörigkeit/Hörstörung (z.B. Tinitus, Ohrengeräusche)			Was? Seit wann? Hörgerät <input type="checkbox"/> rechts: <input type="checkbox"/> links : <input type="checkbox"/>
Erkrankungen Herz-Kreislauf (z.B.erhöhter Blutdruck)			
Erkrankungen der Atemwege (z.B. Astma,COPD,gehäufte Atemwegsinfekte)			
Erkrankungen des Stoffwechsels (z.B.Diabetes Typ 1/Typ 2,Schilddrüsenerkrankungen,erhöhte Harnsäurewerte oder Blutwerte)			Behandlung bei Zuckerkrankheit: Insulin <input type="checkbox"/> Tabletten <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/>
Erkrankung der Gefäße (z.B.Thrombose)			
Erkrankung des Blutes (z.B. Blutarmut/ Gerinnungsstörung)			
Erkrankung des Magen/Darms (z.B. Reizdarm)			
Erkrankung Galle/Leber (z.B. Hepatitis)			
Erkrankung Niere/Blase (z.B.Nierenschwäche)			
Erkrankung des Rückens/Gelenke (z.B.Bandscheibe)			
Erkrankung Nervensystem (z.B.Schlaganfall)			

	nein	ja	wenn ja welche ?
Erkrankung Psyche (z.B.Panikattacken)			
Sonstige Erkrankungen (z.B.Krebs)			

Leiden Sie an folgenden Beschwerden ?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Schwindel/Ohnmachtsanfälle			ungewollte Gewichtsabnahme		
Herzklopfen ohne Belastung			Kopfschmerzen		
Atemnot			Rückenschmerzen		
rasche Ermüdbarkeit			Schnarchen		
Schweisausbrüche			Schläfrigkeit		

Allgemeine Fragen

Körpergröße:	Gewicht:
--------------	----------

	ja	nein	
Treiben Sie regelmäßig Sport?			Wenn ja welchen?
Rauchen Sie?			Wenn ja wie viel ?
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?			Wenn ja wie viel?
Nehmen Sie Drogen?			
Waren Sie in den letzten 5 Jahren im nicht europäischen Ausland?			
Haben Sie einen Führerschein?			
Sind Sie Schwerbehindert?			
Sind Sie schwanger?			Geburtsstermin:

Bitte bringen Sie zur Untersuchung aktuelle Sehhilfen,Medikamente ggf.vorhandene Befunde und Ihren Impfausweis mit. Vielen Dank.

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------

Dr.med.Dominik Emmerdinger

Facharzt für Allgemein-und Arbeitsmedizin

