

Familienname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_  
Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
Dienststelle: \_\_\_\_\_  
Abteilung: \_\_\_\_\_

**Ihr Termin am: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr**

**Bitte bringen Sie zum Termin mit:**

- Lichtbildausweis (Dienst-, Personalausweis oder Reisepass)
- Impfbuch (falls vorhanden) – nur wenn V. zutrifft
- 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.*

**I. Eigenanamnese:**

**JA      NEIN**

- Bestehen oder bestanden früher einmal berufsbedingte gesundheitliche Probleme?  
wenn JA – welche: \_\_\_\_\_
- Hatten Sie Unfälle mit erheblichen Verletzungsfolgen? \_\_\_\_\_
- Besteht eine Schwerbehinderung? Ursache und GdB in % \_\_\_\_\_
- Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor? MdE in % \_\_\_\_\_

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

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

**II. Familienanamnese:** (Erkrankungen in der Familie, d.h. Eltern, Geschwister, Kinder) **JA NEIN**

- z. B. Bluthochdruck, Asthma, Allergien, Tuberkulose, Zuckerkrankheit, Krebserkrankung \_\_\_\_\_

**III. Jetziger Gesundheitszustand:** **JA NEIN**

- Fühlen Sie sich derzeit gesund und beschwerdefrei?

Falls NEIN – welche Beschwerden haben Sie? \_\_\_\_\_

- Befinden sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Falls JA – wegen: \_\_\_\_\_

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Falls JA – Name und Dosierung angeben: \_\_\_\_\_

- Nehmen Sie Drogen?

- Bei FRAUEN: Letzte Periode: \_\_\_\_\_ Besteht eine Schwangerschaft? fraglich

- Wann erfolgte die letzte Röntgen-Thorax-Untersuchung? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

**IV. Fragen zum Infektionsschutz:** **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.

- 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?
- Hat bei Ihnen die Untersuchung einer Stuhlprobe die Ausscheidung von krankmachenden Keimen (insbesondere Salmonellen, Shigellen, Choleravibrionen oder sog. Enterohämorrhagischen Escherichia coli-Bakterien) ergeben?
- Leiden Sie an einer infizierten Wunde oder einer ansteckenden Hauterkrankung?

**V. 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  \_\_\_\_\_

Polio  \_\_\_\_\_

- 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.

Würzburg, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift