



Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen und zur Erstvorstellung in unserer Praxis mitzubringen. Vielen Dank!

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

Ja	Nein	Wenn ja, seit wann?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bluthochdruck
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzkranzgefäßerkrankung oder Herzinfarkt
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	angeborene oder erworbene Herzerkrankung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaganfall, Durchblutungsstörung der Beine
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zuckererkrankung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Feststoffwechselstörung (z.B. erhöhter Cholesterinwert)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lungenerkrankung (z.B. Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Lungenentzündung oder Tuberkulose)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Thrombose oder Lungenembolie
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumorerkrankung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chronische Infektionserkrankung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Augenerkrankung (z.B. grüner oder grauer Star)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krampfleiden, andere Nervenleiden (z.B. M. Parkinson, Polyneuropathie)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psychische Erkrankung (z.B. Depressionen, Psychosen)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige Erkrankung

Krankenhausbehandlungen?

Wann?

Wo?

Warum?

Allgemeine Anamnese:

Ja **Nein**

- Allergien oder andere Unverträglichkeitsreaktionen?
Wenn ja worauf?
- Rauchen sie? Wenn ja, wie viel Zigaretten am Tag?
Seit wie vielen Jahren rauchen sie?
- Haben sie früher geraucht? Seit wann nicht mehr?
Über wie viele Jahre haben sie geraucht?
- Trinken sie gelegentlich oder regelmäßig Alkohol?
- Nehmen sie regelmäßig Schlaftabletten, Stimmungsaufheller
oder andere Drogen?

Wie groß sind sie? _____cm

Wie viel wiegen sie? _____kg

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?

morgens mittags abends

morgens mittags abends

morgens mittags abends

morgens mittags abends

Ort/Datum

Unterschrift

Belastungen am jetzigen Arbeitsplatz:

(Bitte kreuzen Sie an, ob Sie den folgenden Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind, ggf. wie oft, und ob diese Belastungen zu Beschwerden führen)

Belastungen	nie	gelegentlich	häufig	Belastung führt zu Beschwerden
Einseitige Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit im Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebeugte Arbeitshaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hocken oder Knien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überkopfarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweres Heben/Tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Gefahrstoffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit bio. Arbeitsstoffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lösemittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stäube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauche/Gase/Dämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautbelastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit im Freien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu geringe Beleuchtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechselschicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsaufenthalte im Ausland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akkordarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit- oder Termindruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohe Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störungen des Arbeitsablaufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unzufriedenheit bei der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Belastungen				

Jetzige Beschwerden (in den letzten 12 Monaten bzw. seit der letzten Untersuchung)

(Nachfolgend sind Beschwerden aufgelistet. Bitte kreuzen Sie an, ob Sie nie, gelegentlich oder häufig an diesen Beschwerden leiden und ob die Beschwerden bei der Arbeit stören.)

Aktuelle Beschwerden	nie	gelegentlich	häufig	Beschwerde stört bei Arbeit
Haut (Jucken, Rötung, Ausschlag)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augentränen, -reizung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behinderte Nasenatmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niesen, Fließschnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hörstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindelgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzjagen, -stolpern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen im Brustkorb	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot, Kurzatmigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husten, Hustenreiz, Auswurf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heiserkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen Nacken, Schultern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen Arme, Hände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rücken- oder Kreuzschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kribbeln, Pelzigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen Hüfte, Beine, Füße	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-, Bauchschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gewichtsverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übelkeit, Brechreiz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nahrungsmittelunverträglichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blut im Stuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfall oder Verstopfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probleme beim Wasserlassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervosität, Unruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schweißausbrüche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konzentrationschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit, Erschöpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohnmacht, Kollaps, Krampfanfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Belastungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>