

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 Vorsorgeuntersuchung 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.*

<b><u>I. Eigenanamnese:</u></b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
• Bestehen oder bestanden früher einmal berufsbedingte gesundheitliche Probleme? wenn JA – welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hatten Sie Unfälle mit erheblichen Verletzungsfolgen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Besteht eine Schwerbehinderung? Ursache und GdB in % _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor? MdE in % _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?</u> (Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen)</b>		
• Erkrankung der Augen (z.B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, _____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Ohren (z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus, _____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Schilddrüse (z.B. Überfunktion, Unterfunktion, _____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkte, Bluthochdruck, _____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Atemwege (z.B. Tuberkulose, Asthma, _____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z.B. Virushepatitis, _____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Magens, Darms (z.B. Schleimhautentzündung, Geschwür, _____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Nieren, Blase (z.B. Koliken, _____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Wirbelsäule (z.B. Bandscheibenleiden, _____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Gelenke (z.B. Rheuma, Arthrose, _____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Nervensystems (z.B. Schwindelanfälle, Migräne, Epilepsie, Gemütskrankheit, _____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit, _____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Haut (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme, _____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen, Allergien – wenn JA - gegen: _____		
• Sonstige chronische Krankheiten oder Gesundheitsstörungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stationäre Krankenhausaufenthalte (z.B. Operationen, Unfälle) – wenn JA Art der OP und wann _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		
_____		

<b>II. Familienanamnese:</b> (Erkrankungen in der Familie, d.h. Eltern, Geschwister, Kinder)	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
• z. B. Bluthochdruck, Asthma, Allergien, Tuberkulose, Zuckerkrankheit, Krebserkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>III. Jetziger Gesundheitszustand:</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
• Fühlen Sie sich derzeit gesund und beschwerdefrei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls NEIN – welche Beschwerden haben Sie? _____		
_____		
• Befinden sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls JA – wegen: _____		
_____		
• Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls JA – Name und Dosierung angeben: _____		
_____		
• Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bei FRAUEN: Letzte Periode: _____ Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> fraglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wann erfolgte die letzte Röntgen-Thorax-Untersuchung? _____ Wo? _____		

<b>IV. Fragen zum Infektionsschutz:</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hat bei Ihnen die Untersuchung einer Stuhlprobe die Ausscheidung von krankmachenden Keimen (insbesondere Salmonellen, Shigellen, Choleravibrionen oder sog. Enterohämorrhagischen Escherichia coli-Bakterien) ergeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leiden Sie an einer infizierten Wunde oder einer ansteckenden Hauterkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>V. Für Beschäftigte im Gesundheitsdienst und Beschäftigte in infektionsgefährdeten Bereichen:</b>	
• Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft und wenn JA wann erfolgte die letzte Impfung?	
Hepatitis A <input type="checkbox"/> _____ Tetanus <input type="checkbox"/> _____ Röteln <input type="checkbox"/> _____	
Hepatitis B <input type="checkbox"/> _____ Diphtherie <input type="checkbox"/> _____ BCG <input type="checkbox"/> _____	
Polio <input type="checkbox"/> _____	
• Bereits durchgemachte Infektionskrankheiten z.B. Kinderkrankheiten (Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten), Hepatitis-Erkrankungen, etc.	
_____	
• Wann wurde der letzte Tuberkulin-Stempeltest angelegt? _____	
Ergebnis: positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/>	

- 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