

Anamnesebogen / Medical history sheet

Name/name		Vorname/first name		Geburtsdatum/date of birth [dd.mm.yyyy]	
Titel/title		Geschlecht /sex		☐ w/f ☐ m ☐ divers	
Krankenvers./health insurance: ☐ GKV: _____ ☐ PKV/privat					
Firma/Company					
Abteilung/Department				Tel./Phone (beruflich/office) _____ Tel./Phone (privat) _____	
Privatanschrift/ Home address					
Straße Nr., Zi.-Nr./Street Nr., App.-Nr.		PLZ		Wohnort	
E-Mail: □ es wird zugestimmt, dass etwaige Befundmitteilungen <u>verschlüsselt</u> über die genannten E-Mail-Adressen erfolgen ! □ it is agreed that any notifications of findings will be sent <u>in encrypted form</u> via the e-mail addresses !					
Berufsanamnese					
Tätigkeit/				seit/since	
Current work _____				ab/from _____	
Erlerner Beruf/Learned profession _____					
Bisherige Tätigkeiten (Art und Dauer)					
Previous occupations (type and duration) _____					
Arbeitszeit / ☐ Vollzeit/full time ☐ Teilzeit/part time _____ % / _____ Std./Wo (h/week) working hours ☐ Regelarbeitszeit ☐ Nacharbeit/night work ☐ Schichtarbeit/shift work					
Alter/age: _____ Jahre/years		Körpergröße/height: _____ cm		Gewicht/body weight: _____ kg	
		Nein No		Ja, Details (ggf. Rückseite benutzen) Yes, further details (use back if necessary)	
Anerkannte Berufskrankheit (gem. BK-Liste) Recognized occupational disease		☐		eine Berufskrankheiten-Verdachtsanzeige wurde gestellt ☐ Welche BK ggf. BK-Nr. _____ Anerkennung am/ date of recognized: _____	
Schwerbehinderung, Minderung der Erwerbsfähigkeit Severe disability reduction in earning capacity		☐		GdB _____ / gleichgestellt ☐ MdE _____ / Kennzeichen ,G' ☐	
aktuelle gesundheitliche Probleme Current health problems		☐			
aktuelle Probleme am Arbeits-/Studienplatz Current workplace problems		☐			
Vorgeschichte / Medical History Beschwerden / Erkrankungen ... complaints / illnesses ...		Nein No		Ja, Details (ggf. Rückseite benutzen) Yes, further details (use back if necessary)	
- Herz- Kreislauferkrankungen [z.B. Bluthochdruck] - Cardiovascular diseases [e.g. high blood pressure]		☐			
- der Atmungsorgane [z.B. Husten, Auswurf, Asthma] - of the respiratory organs e.g. cough, sputum, asthma,...		☐			

- des Verdauungstrakts [z.B. Magen, Darm, Leber, Galle] - of the digestive tract [e.g. stomach, intestines, liver, gall bladder]	☐	
Stoffwechselerkrankungen [z.B. Schilddrüse, Blutfette, Zuckerkrankheit (Diabetes)] Metabolic disorders [e.g. thyroid gland, diabetes, fat metabolism disorders]	☐	
- der Nieren oder Blase / - of the kidneys or bladder	☐	
- am Bewegungsapparat / der Muskeln, Gelenke - of the musculoskeletal system	☐	
Neurologische Störungen [z.B. Gleichgewicht, Schwindel, Lähmungen, Parkinson, Epilepsie] Neurological disorders [e.g. balance, dizziness, paralysis, disturbances of consciousness, Parkinson's, epilepsy]	☐	
- der Augen [z.B. Weit-, Kurzsichtigkeit Schielen, Farbblindheit, Einäugigkeit, Astigmatismus] of the eyes [e.g. itching strabismus, short-sightedness, color blindness, one-eyed]	☐	<u>Datum der letzten Kontrolle / Verordnung</u> <u>Date of last check or prescription:</u> _____
Brille/Kontaktlinsen / Glasses, contact lenses Brillentyp/type of glasses:	_____ ☐	☐ Kontaktlinsen/contact lenses ☐ Fern-/distance ☐ Nah-, Lese-/close-up/reading ☐ Gleitsicht-/varifocals ☐ Bildschirmarbeitsplatz/computer screen ☐ Prismengläser
- der Ohren [Schwerhörigkeit, Tinnitus] / of the ears [e.g. hearing loss, tinnitus]	☐	----- Hörgerät/hearing aid: R: ☐ L: ☐ Implantat ☐
- Haut Beschwerden/Erkrankungen - Skin complaints/diseases	☐	
Immunschwäche /Immunsupprimierung immunodeficiency / immunosuppression	☐	
Sonstige chronische Erkrankungen z. B. Infektionskrankheiten, Autoimmun- oder Tumorerkrankungen (auch in der Vergangenheit) Other chronic diseases [e.g. infectious diseases, autoimmune or tumor diseases (also in the past)]	☐	
Psychische Beschwerden/Erkrankungen [z.B. Depression, Schizophrenie] Psychological complaints/illnesses [e.g. depression, schizophrenia]	☐	
Schlafstörungen [z.B. Ein- und Durchschlafstörungen, Atemaussetzer, Schnarchen, Tagesschläfrigkeit, Sekundenschlaf] Insomnia [e.g. problems falling asleep and sleeping through, breathing interruptions, snoring, daytime sleepiness, seconds sleep]	☐	
Sonstige Beschwerden/Erkrankungen Other complaints/illnesses	☐	

Vorgeschichte / Medical History Beschwerden / Erkrankungen ... complaints / illnesses ...	Nein No	Ja, Details (ggf. Rückseite benutzen) Yes, further details (use back if necessary)
Unfälle, Operationen, Krankenhausaufenthalte z.B. Arbeits-, Wegeunfälle, NSV* Accidents, operations, hospitalizations	☐	*) Nadelstichverletzung/needlestick injury ☐ (in letzten 6 Mo./within last 6 months) am/date: _____
Frühere medizinische und/oder berufliche Rehabilitation/ Previous medical and/or occupational rehabilitation	☐	
Vegetative Beschwerden [z.B. Nachtschweiß, Fieber, Appetit ungewollte Gewichtsabnahme/-zunahme] Vegetative complaints [e.g. night sweats, fever, appetite, unwanted weight loss/gain]	☐	
Ernährung / Nourishment		☐ gemischt/omnivor/mixed diet ☐ sonstige/other: _____
Nahrungsergänzungsmittel / dietary supplements	☐	Vitamine/Proteine: _____
Regelmäßige Medikamente Regular medication	☐	
körperliche Aktivitäten, (Ausgleichs-)Sport physical activities, (compensatory) Sports	☐	
Alkoholkonsum / Alcohol consumption	☐	_____ / ☐ Tag/day ☐ Woche/week ☐ Monat/month ☐ ehem. Alkoholiker/ex alcoholic seit/since _____
Rauchen / Smoking	☐	_____ - _____ / ☐ Tag/day ☐ Woche/week Monat/month ☐ Exraucher/Ex-Smoker seit/since _____
Suchtmittel-/Drogenkonsum Addictive substance/drug consumption	☐	_____ / ☐ Tag/day ☐ Woche/week ☐ Monat/month ☐ ehem. Drogenabhängigkeit/ex drug addiction
Familienanamnese: Erkrankungen der nächsten Verwandten (Eltern, Geschwister) z. B. Erbkrankheiten, Diabetes, Nervenkrankheiten, Tuberkulose / Family history: diseases of close relatives (parents, siblings) e.g. hereditary diseases, diabetes, nervous diseases, tuberculosis		
Allergien/Allergies	☐	Allergiepass vorhanden/Allergy Pass available ☐ ja/yes ☐ nein/no
Probleme bei Impfungen/ vaccination problems	☐	
Impfungen in den letzten 4 Wochen / Vaccinations within the last 4 weeks	☐	
aktuelle Schwangerschaft Current pregnancy		mutmaßlicher Tag der Entbindung/ resumed day of confinement: _____
Sonstiges/Bemerkungen Other/Comments		
Beschäftigte/ (w/m/d) / Employee/ (f/m/d): X , Datum/date, Unterschrift, Signature		