

Arbeitsmedizinische Praxis Cajus Seyfried

Gerh.-Hauptmann-Str. 3 • 69190 Walldorf • Tel. 06227-3081778 • E-Mail: am-seyfried@gmx.de

Verkehrsmedizinischer Anamnesebogen / Traffic medical history form

Name/name	Vorname/first name	Geburtsdatum/date of birth [dd.mm.yyyy]
Titel/title	Geschlecht /sex ☐ w/f ☐ m ☐ divers	
Angaben zu Firma/Arbeitsgeber:→ nur erforderlich wenn diese die Kosten übernimmt *		
* Firma/Company	* Abteilung/Department	
* Firmenanschrift:		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 !		
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)
Schwerbehinderung, Minderung der Erwerbsfähigkeit Severe disability reduction in earning capacity	☐	GdB _____ / gleichgestellt ☐ MdE _____ / Kennzeichen „G“ ☐
aktuelle gesundheitliche Probleme Current health 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]	☐	☐ Bluthochdruck ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall ...
- der Atmungsorgane [z.B. Husten, Auswurf, Asthma] - of the respiratory organs e.g. cough, sputum, asthma,...	☐	☐ COPD
- 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]	☐	☐ Blutzucker andere: ...
- der Nieren oder Blase / - of the kidneys or bladder	☐	
- am Bewegungsapparat / der Muskeln, Gelenke - of the musculoskeletal system	☐	

	Nein No	Ja, Details (ggf. Rückseite benutzen) Yes, further details (use back if necessary)
Neurologische Störungen Neurological disorders [e.g. balance, dizziness, paralysis, disturbances of consciousness, Parkinson's, epilepsy]	☐	☐ Gleichgewicht, Schwindel, ☐ Parkinson, ☐ Lähmungen, ☐ Epilepsie/Krampfanfälle ...
<i>gab es bei früheren Führerschein-Untersuchungen der Augen irgendwelche Probleme ?</i>	☐	Welche ...
- der Augen [z.B. Weit-, Kurzsichtigkeit Schielen, Farbblindheit, Einäugigkeit, Astigmatismus] of the eyes [e.g. itching strabismus, short-sightedness, color blindness, one-eyed]	☐	Datum <u>der letzten Kontrolle der Sehschärfe</u> / Verordnung der Brille <u>Date of last check</u> or prescription: _____
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: ☐
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	☐	
Unfälle, Operationen, Krankenhausaufenthalte z.B. Arbeits-, Wegeunfälle, <u>Augenoperationen</u> , <u>Verkehrsunfälle im Zusammenhang mit Krankheiten</u>	☐	
Accidents, operations, hospitalizations, Eye surgery, Traffic accidents related to illness		
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]	☐	
Regelmäßige Medikamente Regular medication	☐	☐ Blutdruck: ☐ zur Senkung der Blutfette ☐ Schlaf- oder Beruhigungsmittel: ☐ andere:
Besteht oder bestand bei Ihnen eine Sucht-/ Abhängigkeitserkrankung? Do you currently have or have you previously had an addiction/dependency disorder?	☐	Welche / which?

	Nein No	Ja, Details (ggf. Rückseite benutzen) Yes, further details (use back if necessary)
körperliche Aktivitäten, (Ausgleichs-)Sport physical activities, (compensatory) Sports	☐	
Alkoholkonsum / Alcohol consumption	☐	_____ / ☐ Tag/day ☐ Woche/week ☐ Monat/mo ☐ ehem. Alkoholiker/ex alcoholic seit/since _____
Rauchen / Smoking	☐	_____ - _____ / ☐ Tag/day ☐ Woche/week Monat/month ☐ Exraucher/Ex-Smoker seit/since _____
Cannabis	☐	☐ Menge u. Häufigkeit: ☐ medizinische Gründe (Medizinalcannabis)
andere 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 / Family history: diseases of close relatives (parents, siblings) e.g. hereditary diseases, diabetes, nervous diseases		
Hat Sie ein Behandler (z.B. Hausarzt, Facharzt, Psychotherapeut) auf ein Sicherheitsrisiko durch eine Erkrankung oder die Auswirkungen ihrer Behandlung hingewiesen?		☐ ja ☐ nein
Sonstiges/Bemerkungen Other/Comments		
Ich versichere, dass ich richtige und vollständige Angaben gemacht habe zu untersuchende Person/ (w/m/d) / Person to be examined/ (f/m/d) X _____ , _____ Datum/date, Unterschrift, Signature		

Name: _____, Geb.Dat. _____

Epworth-Test zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Dieser standardisierte Fragebogen soll eine Einschätzung Ihrer Tagesmüdigkeit ermöglichen. Die folgende Fragen beziehen sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit.

Der Test

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen, sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Situation	Wahrscheinlichkeit dabei einzuschlafen oder einzunicken			
	keine 0	gering 1	mittel 2	hoch 3
Ich sitze im Stuhl und lese.	☐	☐	☐	☐
Ich schaue Fernsehen.	☐	☐	☐	☐
Ich sitze im Theater oder in einer Versammlung.	☐	☐	☐	☐
Ich bin Mitfahrer in einem Auto, das seit einer Stunde unterwegs ist ...	☐	☐	☐	☐
Ich lege mich nachmittags zum Ausruhen hin.	☐	☐	☐	☐
Ich unterhalte mich mit jemandem.	☐	☐	☐	☐
Ich sitze nach dem Mittagessen im Sessel.	☐	☐	☐	☐
Ich sitze in einem Auto, das für wenige Minuten an einer Ampel anhält	☐	☐	☐	☐
Summe (nicht ausfüllen)				

Ergänzungsfragen gem. berufsgenossenschaftlicher Empfehlung E 25:

	nein	ja
1. Schnarchen Sie häufig (fast jede Nacht bzw. mehr als 3x/Woche) oder berichtet Ihr Partner darüber?	☐	☐
2. Haben Sie Atemaussetzer oder berichtet Ihr Partner darüber?	☐	☐
3. Leiden Sie am Tage unter Schläfrigkeit? (Fallen Ihnen die Augen zu? Schlafen Sie ungewollt ein?)	☐	☐
4. Hatten Sie schon einmal während der Arbeit Sekundenschlaf? Sind Sie am Steuer schon einmal eingeschlafen?	☐	☐

Ich versichere, alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

X _____, _____
Ort Datum Unterschrift