

# Arbeitsmedizinische Untersuchung

## G26 - Tragen von Atemschutz



Bitte beantworten Sie diesen Anamnesebogen sorgfältig und wahrheitsgemäß.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_ m/w

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ : \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

Beruf/ aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Schwerbehinderung: (GdB): \_\_\_\_\_ % Besteht eine Erwerbsminderung? \_\_\_\_\_

Wie oft tragen Sie einen Atemschutz? \_\_\_\_\_

Probleme mit der Maske aufgetreten? \_\_\_\_\_

Rückenbeschwerden? \_\_\_\_\_ Kopfschmerzen? \_\_\_\_\_

Weitere Belastungen am Arbeitsplatz (z.B. Gefahrstoffe, Heben/Tragen, Nachtarbeit)? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen?

Vorerkrankung	JA	NEIN	Vorerkrankung	JA	NEIN
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall, Nervenerkrank.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rheuma/ Gelenke	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes/ Blutzucker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	chron. Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fettstoffwechsel/Gicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden/ Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Thrombose/ Lungenembolie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Psyche/ Sucht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma/ chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sonstige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leber- oder Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bisherige Operationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen/ Darm- Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Allergie/ Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Nehmen Sie Medikamente?

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ich versichere den Fragebogen wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt zu haben.

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_