

## Gesundheitsfragebogen für die arbeitsmedizinische Vorsorge

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zum Termin mit. Alle Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht an den Arbeitgeber weitergegeben.

### Arbeitsmedizin Harburg

Dr. Monika Wede

Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Fachärztin für Arbeitsmedizin  
Akupunktur, Palliativmedizin  
Hainholzweg 67, 21077 Hamburg  
Tel.: 040 - 7 90 57 67  
Fax.: 040 - 7 90 73 55

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefonnr.: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm

Beschäftigt bei Firma: \_\_\_\_\_ Beschäftigt als: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

#### Bei mir liegen folgende Erkrankungen vor (bitte näher erläutern):

- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Erkrankung der Augen (z.B. Brille, Glaukom) _____                              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Erkrankung des Hör- und Gleichgewichtssystems (z.B. Hörgerät, Schwindel) _____ | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Erkrankung des Nervensystems (z.B. Schlaganfall) _____                         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkt, Bluthochdruck) _____   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Erkrankung der Luftwege (z.B. Asthma, Bronchitis) _____                        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Erkrankung der Verdauungsorgane (z.B. Magenleiden, Leberleiden) _____          | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Erkrankung der Harnwege (z.B. Nierenleiden, Harnwegsinfekte) _____             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Erkrankung der Psyche (z.B. Depression, Ängste) _____                          | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Erkrankung des Stoffwechsels (z.B. Diabetes, Schilddrüse) _____                | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Erkrankung der Wirbelsäule (z.B. Bandscheibenleiden: LWS, HWS) _____           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Erkrankung der Gelenke (z.B. Arthrose, Rheuma) _____                           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Erkrankung der Haut (z.B. Neurodermitis, Hautekzem) _____                      | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Weitere Erkrankung/Beschwerden (z.B. Migräne, Kopfschmerz) _____               | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Allergische Reaktionen (z.B. Heuschnupfen, Hausstaub, Lebensmittel, Tierhaare) _____ | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Alkoholkonsum (wenn ja, was und wieviel?) _____                                      | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Drogenkonsum (wenn ja, was und wieviel?) _____                                       | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Rauchen (wenn ja, was und wieviel?) _____  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Regelmäßige Medikamenteneinnahme (welche und welche Dosierung?) _____                | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Tagesmüdigkeit/ Schlafapnoe (letzte Kontrolle?) _____                         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Bewusstlosigkeit/ Epilepsie (Anfälle: Häufigkeit, Dauer, wann zuletzt?) _____ | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Unterzuckerung bei Diabetes (Häufigkeit, wann zuletzt?) _____                 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Haben Sie Selbstmordgedanken? _____   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hatten Sie Krankenhausaufenthalte (Unfälle, Operationen)? _____               | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Weitere Erkrankungen, schwere Unfälle, Schwerbehinderung etc. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich, dass ich die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift