
Name, Vorname

**Fragebogen des Betriebsärztlichen Dienstes
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH
Standort Marburg**

Bitte füllen Sie den Fragebogen vorab sorgfältig aus! Damit gewinnen wir für das persönliche Gespräch mit Ihnen Zeit!
Selbstverständlich unterliegen sämtliche mündlichen und schriftlichen Äußerungen der ärztlichen Schweigepflicht! Alle Fragen haben Bezug zu typischen Gefährdungen im Klinikum. Die Beantwortung ist freiwillig.

Organisatorisches:

Telefonnummer privat: _____ Telefonnummer dienstlich: _____

Fragen zur Gesundheit:

nein ja (eventuell erläutern)

	nein	ja (eventuell erläutern)
Aktuelle Beschwerden?		
Infekte in der letzten Zeit?		
Allergien / Überempfindlichkeiten		(welche / Allergiepass vorhanden?)

Sind chronische Krankheiten bekannt?

an den Knochen / Gelenken / Gliedmaßen (z. B. Gelenkverschleiß / Arthrose, Rheuma, Gicht)		
an der Wirbelsäule / Bandscheiben (z. B. Skoliose, Prolaps)		
an Herz / Kreislauf (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche, Bluthochdruck)		
an den Blutgefäßen (z. B. Krampfadern)		
an der Lunge (z. B. Bronchitis, Asthma, Husten)		
am Magen oder Darm (z. B. Geschwür, entzündliche Darmerkrankungen, Verdauungsprobleme)		
an Leber oder Gallenblase (z. B. Steine, Leberentzündung / Hepatitis)		
an Niere und Harnwegen (z.B. Infektionen, Nierenfunktionsstörungen, Dialyse)		
im Blut (z. B. Gerinnungsstörung, Eisenmangel, Leukämie)		
am Zuckerstoffwechsel (Diabetes)		
an der Schilddrüse (z. B. Jodmangel, Knoten)		
an den Nerven (z. B. MS, Epilepsie)		
Sind psychische oder psychiatrische Erkrankungen bekannt (z.B. Depression)		
an der Haut (z. B. Ekzeme, Psoriasis)		
an den Augen (z. B. Brille / Kontaktlinsen, Farbsehstörung)		
an den Ohren (z. B. Hörminderung)		
Hatten Sie Windpocken (Varizellen)?		

Bitte Rückseite beachten

nein ja (eventuell erläutern)

Andere chronische Krankheiten oder Funktionseinschränkungen:		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		(welche / Dosierung)
Hatten Sie Operationen? (z. B. Milzentfernung, Transplantation, Gelenkersatz)		(was / wann)
Hatten Sie schwerere Unfälle? (z. B. Knochenbrüche, Schädel-Hirn-Trauma, Organverletzungen)		(was / wann)
Sind Schlafstörungen oder Schlafapnoe bekannt?		
Trinken Sie Alkohol? (Missbrauch oder Abhängigkeit, Entgiftungs- u./o. Entwöhnungsbehandlung)		(gelegentlich / regelmäßig / wie viel)
Sind Sie z. Zt. in Behandlung (z. B. ärztliche, psychiatrische, psychologische, krankengymnastische Therapie?)		
Waren Sie zur Kur?		(wo / wann)
Liegt eine Schwerbehinderung vor?		(GdB %)
Haben Sie eine Berufskrankheit?		(MdE %)
Aktuelle Größe: _____ Meter,		Aktuelles Gewicht: _____ Kilogramm

Anamnese bezüglich Arbeitswelt:

schulischer Abschluss (wann, welcher)	
Ausbildung, Studium und frühere Arbeitsstellen (wann, wo)	
frühere Gefährdungen am Arbeitsplatz (z. B. Gefahrstoffe, Strahlung)	
Umgang mit Gefahrstoffen am jetzigen Arbeitsplatz	
längere außereuropäische Auslandsaufenthalte beruflich / privat (wann / wo)	
Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (wann / wo)	

Datum _____

Unterschrift _____