
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.

Organisatorisches:

Telefonnummer privat: _____

Telefonnummer dienstlich: _____

Fragen zur Gesundheit:

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)		

Bitte Rückseite beachten

nein ja (eventuell erläutern)

Infektionskrankheiten, die PatientInnen oder KollegInnen gefährden könnten (z.B. TBC):		
Hatten Sie Windpocken (Varizellen)?		
Andere chronische Krankheiten oder Funktions-einschränkungen (auch des Immunsystems):		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Erhalten Sie Medikamente, die Ihr Immunsystem hemmen (Tabletten oder Spritzen/Infusionen)?		(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 _____

2-1-2-1-Anamnese_Erstuntersuchung	Geändert: 21.01.2022 Dr. Joseph BÄD	Geprüft: 21.01.2022 Dr. Otto BÄD	Freigabe: 21.01.2022 Dr. Otto BÄD	Revision 5
-----------------------------------	--	-------------------------------------	--------------------------------------	------------