

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

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

**Nachuntersuchung**

**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)**

Aktuelle Beschwerden?		
-----------------------	--	--

**Hatten oder haben Sie seit der letzten arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung**

Vermehrt Infekte?		
Erkrankungen mit Arbeitsunfähigkeit länger als eine Woche?		
Neu aufgetretene Allergien / Überempfindlichkeiten		(welche / Allergiepass vorhanden?)

**Sind chronische Krankheiten seit der letzten Untersuchung festgestellt worden?**

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)		

**Bitte Rückseite beachten**

nein ja (eventuell erläutern)

psychische oder psychiatrische Erkrankungen (z.B. Depression)		
an der Haut (z. B. Ekzeme, Psoriasis)		
an den Augen (z. B. Brille / Kontaktlinsen, Farbsehstörung)		
an den Ohren (z. B. Hörminderung)		
Andere chronische Krankheiten oder Funktionseinschränkungen:		

Sind Schlafstörungen oder Schlafapnoe neu aufgetreten?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		(welche / Dosierung)
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?)		
Hatten Sie seit der letzten Untersuchung Operationen?		(was / wann)
Hatten Sie seit der letzten Untersuchung Unfälle? (privat, Arbeits- oder Wegeunfälle)		(was / wann)
Waren Sie zur Kur?		(wo / wann)
Liegt eine Schwerbehinderung vor?		(GdB %)
Haben Sie eine Berufskrankheit?		(MdE %)
Aktuelle Größe: _____ Meter,		Aktuelles Gewicht: _____ Kilogramm

Datum

Unterschrift

2-1-2-2-Anamnese_Nachuntersuchung	Geändert: 11.05.2017 Dr. Diederich BÄD	Geprüft: 15.05.2017 Dr. Otto BÄD	Freigabe: 15.05.2017 Dr. Otto BÄD	Revision 3
-----------------------------------	-------------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	------------