

# Erhebungsbogen Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung

©Aeromedical Center Frankfurt  
 Dr. med. Andreas Gabel  
 Zeil 65, D-60313 Frankfurt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
 im Interesse einer bestmöglichen Untersuchung und Behandlung benötigt Ihr Arzt ein umfassendes Bild Ihrer bisherigen Krankengeschichte, der Medikation, etwaiger Allergien oder Unverträglichkeiten sowie Ihrer aktuellen Arbeitsbedingungen. Wir bitten Sie deshalb nachfolgend um vollständige und wahrheitsgemäße Angaben. Diese werden vertraulich behandelt und unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht. Insbesondere ist hierdurch eine Weitergabe der Informationen an den Arbeitgeber ausgeschlossen.

Angaben zur Person		Arbeitgeber	
Name		Firma, Adresse	
Vorname		Abteilung	
Geburtsdatum		Ihr Beruf	
Geburtsort		Ihre Tätigkeit	
Staatsangehörigkeit		Teilzeit?	
Familienstand		Schichtarbeit?	
Wohnanschrift		Krankenversichert bei	
Strasse, Nr.			
PLZ		Ihr Hausarzt:	
Wohnort			
Tel-Nr. / mobil			

**Beschreiben Sie kurz Ihre Arbeitstätigkeit:**

(Beispiel: statt der Angabe „Schreiner“: Holz (Harthölzer) sägen, bohren, Lackierarbeiten, Tätigkeit in Kälte und Nässe auf Baustellen (...))

.....

.....

**Leiden Sie an arbeitsbedingten oder sonstigen gesundheitlichen Beschwerden?**

.....

Umgang mit Gefahrstoffen / bes. Belastungen?	Nein	Ja	Ggf. welche / wie häufig / welche Intensität
Gefahrstoffe (z.B. Asbest, Lösungsmittel etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lärmbelastung (z.B. Maschinenarbeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige (z.B. biologische / Strahlenexposition)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Fragen zur Krankengeschichte:**

Bisherige Operationen oder wesentliche Erkrankungen im gesamten Leben (z.B. Lungenentzündung, Leberentzündung, Nierensteinleiden, HIV oder Geschlechtskrankheiten, Migräne etc.) in zeitlicher Reihenfolge des Auftretens

.....

.....

.....

**Gegenwärtige Einnahme von Medikamenten:**

.....

**Allergien oder Unverträglichkeiten (insbes. gegen Medikamente, bisherige Impfungen):**

.....

**Gegenwärtiger Nikotinkonsum:**     Nichtraucher     Raucher; Anzahl Zig./Tag..... etwa seit d. Jahr .....

**Gegenwärtiger Alkoholkonsum:**     Abstinenz     Konsum: im Wochendurchschnitt ca. ....Glas Bier / Wein pro Tag

**Trafen oder treffen gegenwärtig eine oder mehrere der folgenden Tatsachen für Sie zu?**

	Nein	Ja		Nein	Ja
Häufige oder starke Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie/Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervliche Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopf- oder sonstiger Unfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewöhnung an Medikamente oder Suchtmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewusstseinsstörung oder Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gebrauch von Drogen / psychotropen Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewöhnung an Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbsttötungsversuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen/Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behandlungsbedürftige Reisekrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/häufige Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen von Gelenken/Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Häufige Hautausschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck erhöht/erniedrigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen/Darm/Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bei Frauen: aktuell mögliche Schwangerschaft?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenstein(e), Blut im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucker oder Eiweiß im Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei Angabe „Ja“: Bitte Erläuterung:

.....

Ich versichere, alle Angaben vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Bei Nachuntersuchung:  keine  folgende Änderung zu den Vorangaben:

.....

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift

## Untersuchungsbefund – wird durch den Arzt bzw. med. Fachangestellte ausgefüllt

<b>Vermerke</b>				
<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<b>Größe [cm]</b>	<b>Gewicht [kg]</b>	<b>Körperbau</b> <input type="checkbox"/> grazil <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> starkknochig	
<b>Augenfarbe</b>	<b>Halsumfang [cm]</b>	<b>Brustumfang</b> (insp) (exp.)	<b>Bauchumfang [cm]</b>	<b>Hüftumfang [cm]</b>
<b>Sehhilfe</b>		<b>Hörgeräteversorgung / Gehörschutz</b>		

### Körperlicher Untersuchungsbefund (Ganzkörperstatus)

	o.B.	ggf. Beschreibung
Kopf – Gesicht – Hals	<input type="checkbox"/>	
Nasenhöhle – Nasenrachen	<input type="checkbox"/>	
Nasennebenhöhlen	<input type="checkbox"/>	
Mundhöhle – Rachen – Kehlkopf	<input type="checkbox"/>	
Äußeres Ohr – Labyrinth	<input type="checkbox"/>	
Tube – Trommelfelle – Mittelohr	<input type="checkbox"/>	
Augen – brechende Medien	<input type="checkbox"/>	
Augenhintergrund	<input type="checkbox"/>	
Pupillenreaktion – Iris	<input type="checkbox"/>	
Augenbewegung – Nystagmus	<input type="checkbox"/>	
Brustkorb – Lungen	<input type="checkbox"/>	
Herz – Geräusche – Aktion	<input type="checkbox"/>	
Gefäße – Gefäßgeräusche	<input type="checkbox"/>	
Bauchdecken – Bauchorgane	<input type="checkbox"/>	
Enddarm – Anus – Prostata	n.u.	(nicht untersucht)
Innersekretorische Drüsen	<input type="checkbox"/>	
Harn- und Geschlechtsorgane	n.u.	(nicht untersucht)
Gliedmaßen und Gelenke	<input type="checkbox"/>	
Wirbelsäule – Rumpfmuskulatur	<input type="checkbox"/>	
Narben – bes. Kennzeichen	<input type="checkbox"/>	
Lymphknoten – Haut	<input type="checkbox"/>	
Nervensystem	<input type="checkbox"/>	
Psychischer Gesamteindruck	<input type="checkbox"/>	
Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/>	
<b>RR und HF im Liegen</b>		
<b>RR und HF im Stehen</b>		

### Ggf. Zusatzuntersuchungen:

Untersuchung	Datum	Ergebnis
EKG		
Ergometrie		
Spirometrie		
Audiometrie		
Sehtestung		
Röntgen-Thorax		

### Arbeitsmedizinische Beurteilung

	Keine Bedenken	Bemerkungen / Einschränkungen
G1.x	<input type="checkbox"/>	
G 25	<input type="checkbox"/>	
G 26	<input type="checkbox"/>	
G 31 / Druckluft-VO	<input type="checkbox"/>	
G 35	<input type="checkbox"/>	
G 37	<input type="checkbox"/>	
G 42	<input type="checkbox"/>	
Strahlenschutz-/Rö-VO	<input type="checkbox"/>	

Frankfurt, .....  
Datum

.....  
Dr. med. Andreas Gabel