

Anamnesebogen

Gesundheitsbogen des betriebsärztlichen Dienstes für Medizinstudenten

Name, Vorname	
geboren am	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon/eMail	
Arbeitsvorgeschichte: Ausbildung, Beruf, Tätigkeit, Umgang mit Gefahrstoffen, spezielle Belastungen und Beanspruchungen	

Dieser Bogen darf nur zu Händen des Betriebsarztes abgegeben werden. Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Dies gilt auch für Ihre Angaben in diesem Fragebogen. Allein die Teilnahme an der Vorsorge wird mitgeteilt. Nach § 15 und §15a der Biostoffverordnung darf eine Tätigkeit mit biologischen Arbeitsstoffen nur erfolgen, wenn der/die Ausführende der Tätigkeit vor Beginn der Tätigkeit von einem ermächtigten Betriebsarzt untersucht wurde und eine Bescheinigung hierüber vorliegt.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage die zutreffende Antwort und geben in der Spalte Bemerkungen zusätzliche Angaben (Zeitraum, Art, Schwere der Erkrankung, etc.) an:

Waren oder sind Sie in ärztlicher Behandlung wegen:

	ja	nein	fraglich	Bemerkungen
Allergien				
Immunkrankheiten				
Lebererkrankung				
Herz- /Lungenerkrankung				
Hautkrankheiten				
Infektionskrankheiten				
Psych. Erkrankung /Epilepsie				
Krebserkrankungen				
Stoffwechselerkrankungen				
andere				

	ja	nein	Bemerkungen
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?			welche?

	ja	nein	Bemerkungen
Hatten Sie Operationen			welche?
Berufskrankheiten			
Berufswechsel aus gesundheitlichen Gründen			

Wer ist Ihr behandelnder Arzt oder Hausarzt?	Name: Anschrift: Tel.:
--	------------------------------

In welchem Jahr sind Sie zuletzt geröntgt worden?	
Was ist geröntgt worden?	

Barcode

Anamnesebogen

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?	Windpocken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	*	Röteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Masern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	*	Mumps	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sonstige:						

Impfstatus gemäß vorgelegtem Impfausweis:

	Anzahl	Datum u. Impfstoff der letzten Impfung	Welche Impfungen benötigen Sie?	Bemerkungen
Tetanus				
Diphtherie				
Pertussis				
Polio				
Hepatitis A				
Hepatitis B				
FSME				
Varizellen				
Masern Mumps Röteln				
Andere Impfungen				

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht zu haben.

Datum:

Unterschrift Student:

Raum für ärztliche Notizen:

Beratung NSV

Beratung Hautschutz

Keine Bedenken

Keine Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen:

Befristete Bedenken:

Dauernde Bedenken:

Wiedervorstellung:

Datum:

Unterschrift Arzt:

Barcode