



Fragebogen zur Eigenanamnese

- streng vertraulich! -

Sehr geehrte/r Studierende/r,

mit diesem Fragebogen will Ihr Betriebsärztlicher Dienst Zeit gewinnen - für Sie!

Helfen Sie ihm durch sorgfältiges Ausfüllen. Das persönliche Gespräch ist wichtig und soll durch diesen Fragebogen nicht ersetzt, sondern zeitlich ermöglicht werden. Anlässlich der Vorsorgeuntersuchung möchte Ihr Betriebsärztlicher Dienst Sie anhand Ihrer Angaben und Fragen arbeitsmedizinisch beraten.

Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht; dieses gilt auch für Ihre Angaben in diesem Fragebogen. Das Prodekanat für Lehre erhält lediglich eine Mitteilung über das Ergebnis der Vorsorgeuntersuchung, jedoch **keine** medizinischen Daten. Sie können die Fragen aber auch in einem persönlichen Gespräch mit dem Betriebsärztlicher Dienst erörtern.

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Fragen zur Gesundheit: „Haben oder hatten Sie folgende Beschwerden oder Krankheiten?“

	ja	nein
1. Hautkrankheiten (z. B. Neurodermitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Allergien (z. B. bei Kontakt mit Arbeitsstoffen, Nahrungsmitteln, Medikamenten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Infektionen (z. B. Hepatitis, Tuberkulose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erkrankungen der Augen (z. B. Grüner Star, Sehminderung)? Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Neigung zu Erkältungskrankheiten, Bronchitis, Rachen- und Mandelentzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Erkrankungen der Ohren (z.B. Mittelohrentzündung, Hörsturz, Schwerhörigkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Chronische Nasennebenhöhlenentzündung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Schwindelanfälle, häufiger Kopfschmerz, Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Anfallartige Bewusstlosigkeit, Krampfanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Nerven- und Gemütskrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Lungen- oder Rippenfellkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bronchialasthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Erkrankungen der Schilddrüse (z. B. Überfunktion, Vergrößerung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Blutkrankheiten (z. B. Anämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Haben Sie einen zu hohen bzw. einen zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Herzbeschwerden (z.B. Herzrasen, Herzstolpern, Herzschmerzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Herzkrankheiten (z.B. Muskel-Klappenentzündung, koronare Herzkrankheit oder Herzinfarkt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Magen-Darmerkrankungen (z. B. Schleimhautentzündung, Geschwür)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Gelbsucht oder andere Erkrankungen der Leber, erhöhte Leberwerte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Krankheiten der Gallenblase oder Bauchspeicheldrüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Fettstoffwechselstörung, Gicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Erkrankung der Niere, der Harnblase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UKE 21.03.0002/01-FA

	ja	nein
25. Chronische oder wiederholt auftretende Rücken-, Nacken- oder Schulterschmerzen (z. B. Wirbelsäulenerkrankung, Hexenschuss, Bandscheibenschaden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Gelenkerkrankungen (z. B. Rheumatismus, Arthrose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Durchblutungsstörungen (z. B. Beine), Krampfadern, Thrombosen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Leistenbruch, Hodenbruch, Nabelbruch oder Narbenbrüche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Krebserkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Unfälle mit bleibenden Folgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Operationen? - Wenn ja, welche?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Andere bisher nicht erwähnte Krankheiten? - Wenn ja, welche?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Krankenhausaufenthalte? - Wenn ja, wann und wo?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Kurbehandlungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Besondere Erkrankungen in der Familie (z. B. Eltern, Geschwister, Kinder)? - Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall? - Anfallleiden, Allergien, Krebserkrankungen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36. Nehmen Sie regelmäßig oder unregelmäßig Medikamente ein? - Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Rauchen Sie? - Wenn ja, wie viel?: - Wenn Sie geraucht haben, wie viele Jahre?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Alkoholgenuss? - Wenn ja, wie oft?: <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Letzte Röntgenaufnahme Ihrer Lunge; wann und wo?:		

Fragen zur Berufsvorgeschichte

40. Erlernter Beruf?:		
41. Bisherige Tätigkeiten? von – bis tätig als/Arbeitgeber		
42. Mussten Sie aus gesundheitlichen Gründen Ihren Beruf wechseln oder umschulen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Wurden für Sie ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit angezeigt oder anerkannt? - Wenn ja, welche?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Sind Sie schwerbehindert? - Wenn ja, Grad der Behinderung?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum und Unterschrift Studierende/r