

Name

Geburtsdatum:

Alle Angaben sind freiwillig

**

Bitte beantworten Sie unsere Fragen gewissenhaft. Bitte markieren Sie die zutreffende Antwort mit einem Kreis.

Ihre Angaben und die Untersuchungsbefunde werden vom Arzt entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt. FRAGEN, DIE SIE NICHT SCHRIFTLICH BEANTWORTEN MÖCHTEN, KÖNNEN MIT DEM ARZT PERSÖNLICH BESPROCHEN WERDEN!

**

Waren Sie einmal tätig als (zutreffendes bitte mit einem Kreis markieren):

Isolierer, Asbestverarbeiter, Bergmann, Sandstrahler, Schleifer, Steinbrucharbeiter? nein ja

Waren Sie schon einmal im außereuropäischen Ausland tätig? nein ja

Wann und wo?

Hatten Sie einmal eine Berufserkrankung oder haben Sie den Arbeitsplatz aus Gesundheitsgründen gewechselt? nein ja

Glauben Sie, dass Sie uneingeschränkt arbeitseinsatzfähig sind? nein ja

Haben Sie eine Schwerbehinderung? Wenn ja, wieviel Prozent? % nein ja

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? nein ja

Haben Sie irgendwelche Beschwerden? nein ja
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie häufig oder regelmäßig Medikamente? (zutreffendes bitte unterstreichen) nein ja
(Antibabypille, Schlaf-, Beruhigungs-, Kopfschmerz-, Herz-, Blutdruckmittel)
andere Mittel:

Sind bei Ihren Eltern, Kindern oder Ehegatten folgende Erkrankungen vorgekommen: nein ja
Tuberkulose, Asthma, Heuschnupfen, Ekzem, Bluthochdruck,
Herzinfarkt, Schlaganfall?

Krebserkrankungen bei Blutsverwandten nein ja

Sind Sie Brillenträger?	nein	ja
Sind bei Ihnen Allergien bekannt wenn ja, welche _____	nein	ja
Haben oder hatten Sie: Augenerkrankungen?	nein	ja
Ohrenerkrankungen, Schwerhörigkeit, Ohrenlaufen?	nein	ja
Mandelentfernung, häufige Hals- oder Mandelentzündung?	nein	ja
Schilddrüsenerkrankung?	nein	ja
Herzkrankungen (z.B. Herzfehler, Infarkt, Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße, Herzbeklemmung, Druck auf der Brust?)	nein	ja
Krampfadern, Thrombose, Venenentzündung, Embolie, Hämorrhoiden?	nein	ja
Hatten Sie im letzten Jahr wiederholt oder länger dauernd Husten? (länger als 4 Wochen)	nein	ja
Lungen- oder Rippenfellentzündung, Asthma, Heuschnupfen?	nein	ja
Magen- oder Darmerkrankungen (z.B. Schleimhautentz., Geschwür)?	nein	ja
Leber- oder Gallenerkrankungen wie Gallenentzündung, Gallensteine, Gallenkoliken, Gelbsucht, andere Lebererkrankungen?	nein	ja
Beschwerden beim Wasserlassen, Nieren- oder Blasenkrankung, Harnsteine oder Koliken? Wenn ja, welche?	nein	ja
Hauterkrankungen (z.B. Hautausschläge nach Nahrungsmitteln, Medikamente, Chemikalien, Primeln, Ekzem und andere Hauterscheinungen) ? Wenn ja, welche?	nein	ja
Erkrankungen des Blutes (z.B. Blutarmut (Anämie), andere Bluterkrankungen)? Wenn ja, welche?	nein	ja
Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechsel- oder Rheumakrankheiten?	nein	ja
Nerven- oder Geisteskrankheiten (z.B. Krampfanfälle, Epilepsie, Lähmungen, Nerven- oder Gemütsleiden, Suchterkrankung, Nervenverletzungen, Ischias)?	nein	ja
Gehirn- oder Hirnhauterkrankungen und -entzündungen?	nein	ja
Arthrosis, Arthritis, Gelenkversteifungen oder andere Erkrankungen der Knochen oder Gelenke?	nein	ja
Wirbelsäulenverkrümmung und andere Wirbelsäulenerkrankungen, wiederholt Hexenschuss Bandscheibenschaden?	nein	ja

Bewußtlosigkeit, Ohnmacht, Kreislaufkollaps? nein ja

Rauchen Sie? nein ja

Wieviele Gläser Bier (Wein, Schnaps) trinken Sie pro Tag _____ gar nicht

pro Woche _____

Waren Sie jemals im Krankenhaus, Lazarett, Kurheim, Heil- und Pflegeanstalt
(z.B. Operationen, Unfälle, Kuren)? nein ja

Wann, weswegen?

Jahr	Krankheit /Operation	Krankenhaus
_____	! _____	! _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Wie heißt Ihr Hausarzt: _____

in _____

Telefonnummer

Können Sie uns bitte eine Telefonnummer nennen, unter der Sie erreichbar sind. Zum Beispiel wenn wir einen Termin oder einen Befund mit Ihnen klären möchten?

Ihre Telefonnummer: _____

evtl. weitere Telefonnummer (mobil, Arbeit, usw.): _____

E-Mail: _____

(Datum und Ihre Unterschrift)