

**A N A M N E S E B O G E N (bitte selbst ausfüllen)**

FAMILIENNAME: ..... VORNAME: ..... Geb. Datum: .....

(früherer ) BERUF: ..... Vers. Nr.: .....

Größe: ..... Gew.: .....

In der **FAMILIE** gehäuft vorkommende Erkrankungen oder Erbkrankheiten ( bei wem):

Haben / Hatten Sie <b>Erkrankungen / Operationen / Unfälle:</b>	nein	ja	Was/wann
1. <b>Kopf:</b> (Nasenscheidewandop., Commotio, ....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2. <b>Hals:</b> (z.B.: Mandelop., Angina, Schilddrüse, ....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3. <b>Brust / Lunge:</b> (z.B.: Lungenentzündung, ....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
4. <b>Herz - Kreislauf:</b> (z.B.: Hochdruck, Kollapsneigung ....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
5. <b>Abdomen:</b> (z.B.: Blinddarmop., Bruchop., Gastritis, ....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
6. <b>Wirbelsäule:</b> (z.B.: Bandscheibenvorfall, ....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
7. <b>Arme / Beine / Hüfte:</b> (z.B. Beinverkürzg., Varizen ....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
8. <b>Ohr:</b> (z.B.: Schwerhörigkeit, Mittelohrentzündung, ....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
9. <b>Auge:</b> (Fehlsichtigkeit, Schielop., Farbsehschwäche, ....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... Dioptrien.: .....
10. <b>Haut:</b> (Atopische Dermatitis, Ekzeme, ....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
11. <b>Nervensystem:</b> (Epilepsie, MS, Depression, ....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
12. <b>Allergie / Empfindlichkeit:</b> (Gummi, Wasch-, Desinfektionsmittel, Hausstaub, Nickel, ....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
13. <b>Blut, blutbild. Organe:</b> (Anämie, ....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
14. <b>Niere und harnbild. Organe, Leber:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
15. <b>Geschlechtsorgane:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
16. <b>Stoffwechselerkrankungen</b> (Diab. mell., Gicht, ....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
17. <b>Wie groß ist im Durchschnitt Ihr tgl. Alkohol- bzw. Nikotinkonsum?</b>			Alkohol: ..... Nikotin: .....
18. <b>Medikamente / Chemotherapie:</b> .....			.....

**Sonstige Krankheiten, Beschwerden, Verletzungen oder Vergiftungen, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wird:** (z. B. Tumore, Lymphknotenschwellung, abnormaler Gewichtsverlust, rheumatische Beschwerden, Implantate ....)

	nein	ja
Ist eine Operation vorgesehen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labor- oder sonstige Untersuchungen (letzte 3Jahre) erhaben Auffälliges: (EKG, Ergometrie, Röntgen-, CT-, nuklearmedizinische)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entziehungskuren? Wann? Wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in einem Rehabilitationszentrum? Wann? Wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie in einer psychiatrischen Behandlung? Wann? Wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich erkläre, dass obige Fragen von mir wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet wurden. Meine Antworten, die ich zwecks Überprüfung gelesen habe, sind in der vorstehenden Niederschrift richtig wiedergegeben. Gleichzeitig nehme ich zur Kenntnis, dass vorsätzlich unwahre Angaben die entsprechenden Konsequenzen zur Folge haben können. Für Dienstnehmer des Landes (nicht Schüler oder Studierende) muss dieser Befund auf Anforderung des Dienstgebers beim Amtsarzt vorgelegt werden.

Datum: ..... Unterschrift: .....