Anamnesefragebogen

für medizinische Eignungsuntersuchungen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Ihre Angaben erleichtern das anschließende Gespräch mit dem Arzt.

Personalien:			
Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	Nationalität:
Straße:			
PLZ – Ort:			
Telefon (Festn.):		Handynummer:	
E-Mail:			
Tätigkeit:		***Bahn: TFS-Nummer:*** _____	

Vorerkrankungen:							
	ja	***nein***	***unbekannt***		***ja***	***nein***	***unbekannt***
Bluthochdruck	☐	☐	☐	Rheuma	☐	☐	☐
Blutzuckerkrankheit	☐	☐	☐	Schlaganfall	☐	☐	☐
Fettstoffwechselstörung	☐	☐	☐	Epilepsie (Krampfanfälle)	☐	☐	☐
Herzkrankheit	☐	☐	☐	Knochenbrüche	☐	☐	☐
Magenerkrankung	☐	☐	☐	Krampfadern	☐	☐	☐
Lungenkrankheit	☐	☐	☐	Asthma/ Heuschnupfen	☐	☐	☐
Nierenerkrankung	☐	☐	☐	Augenkrankheiten	☐	☐	☐
Thrombosen/oder Lungenembolien	☐	☐	☐	Suchterkrankungen	☐	☐	☐
Krebs	☐	☐	☐	Psychische Erkrankung	☐	☐	☐
Hautkrankheit	☐	☐	☐	Frühkindliche Behinderungen	☐	☐	☐
Gicht	☐	☐	☐	Anerkannte Behinderungen	☐	☐	☐
Leberentzündung/Gelbsucht	☐	☐	☐	Allergien	☐	☐	*Welche:*
				Schlafapnoe	☐	☐	*Wenn ja: Benutzen Sie eine Maske?*
Sonstiges:							

Operationen:		
Welche:	***Ja/wann ?***	***nein***
		☐
		☐
		☐

Krankenhausaufenthalte , Kuren:		
	Ja/Wann?/Weshalb	***nein***
Waren Sie in den letzten zwei Jahren im **Krankenhaus**?		☐
Hatten Sie **Kuren**, Heilverfahren?		☐

Medikamente:	
Welche Medikamente nehmen Sie ein?	***Häufigkeit:***

Vegetative Anamnese:			
	normal	***vermehrt***	***vermindert***
Durst	☐	☐	☐
Appetit	☐	☐	☐
Stuhlgang	☐	☐	☐
Wasserlassen	☐	☐	☐
Ich schwitze	☐	☐	☐

Gewohnheiten:				
	ja	***nein***	***wie viel***	***seit wann***
Rauchen Sie?	☐	☐		
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	☐	☐		
Nehmen Sie Drogen?	☐	☐		
Schlafen Sie ausreichend?	☐	☐	*Std/Nacht*	
Treiben Sie regelmäßig Sport?	☐	☐		

Körpergröße:	
Gewicht:	

	ja/ Dioptrien	***nein***
Brille /Kontaktlinsen:		☐

Ort, Datum ***Unterschrift Proband***

<u>Vom Arzt auszufüllen/ Bemerkungen</u>