

Anamnesebogen - G37 Bildschirmarbeitsplatz

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsname: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____
Tätigkeit: _____
Dienststelle/Abteilung: _____

Auf Veranlassung Ihres Arbeitgebers wird bei Ihnen eine arbeitsmedizinische Vorsorge durchgeführt. Diese dient der Erkennung individueller gesundheitlicher Risiken durch Ihre Berufstätigkeit und damit Ihrem persönlichen Schutz. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen, indem Sie das Zutreffende ankreuzen und ggf. ergänzen:

I. Arbeitsanamnese

Jetzige Bildschirmtätigkeit - Dauer (Std. pro Tag): _____
Frühere Bildschirmtätigkeit - Dauer (Std. pro Tag): _____ seit:

II. Arbeitsplatzbezogene Beschwerden

Beschwerde	Ja	Nein
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelverspannungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Eigenanamnese

Letzte Untersuchung beim Augenarzt: _____

Letzte Brillenverordnung: _____

Kurzsichtigkeit Weitsichtigkeit Brillenträger Kontaktlinsenträger

Erkrankungen der Augen: _____

Kopfoperationen Cerebrales Anfallsleiden Schädel-Hirn-Traumen

Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen):

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich auf diesem Fragebogen alle für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes bedeutsamen Fragen, vor allem diejenigen nach körperlichen und geistigen Gebrechen, wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

Mit der elektronischen Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten bedarf meiner schriftlichen Genehmigung.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____