**Medizinische Anamnese**

**Alle persönlichen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht**

**(bitte unbedingt vor dem Termin vollständig ausgefüllt zurück an:**

**betriebsarzt@uni-frankfurt.de senden)**

**Erläuterung: Bekannte Vorerkrankungen bitte in das zugehörige Feld eintragen. Sollten keine Vorerkrankungen bekannt sein, bitte in das jeweilige Feld „nicht bekannt“ eintragen.**

|  |  |
| --- | --- |
| Augen *(Bspw. Reizungen, Augeninnendruckerhöhung, höhergradige Sehstörung)* |  |
| Ohren *(Bspw. Erkrankungen der Gehörgänge, Hörsturz, Hörstörungen)* |  |
| Mund-Nase-Rachen *(Bspw. Erkrankungen der Zähne, Schleimhäute, Nase, Nasennebenhöhlen)* |  |
| Lunge/Atemwege *(Bspw. chronische Bronchitis, Asthma, COPD, Lungenembolie)* |  |
| Herz *(Bspw. Herzinfarkt, Rhythmusstörungen)* |  |
| Kreislauf *(Bspw. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen)* |  |
| Nerven *(Bspw. Krampfanfälle, Schlaganfall, Lähmungen/Sensibilitätsstörungen)* |  |
| Psyche *(Bspw. Depression, Angststörung)* |  |
| Magen/Darm *(Bspw. chronische Entzündungen, Durchfall)* |  |
| Haut *(Bspw. Schuppenflechte, Neurodermitis, Gürtelrose)* |  |
| Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse *(Bspw. Entzündungen, Steinbildung, Funktionsstörungen)* |  |
| Gynäkologische Erkrankungen |  |
| Infektionserkrankungen |  |
| Erkrankung der Niere und der Harnwege *(Bspw. Funktionsstörungen, Steine, Entzündungen)* |  |
| Erkrankungen des Bewegungsapparates *(Bspw. Erkrankungen der Gelenke, Erkrankungen der Knochen*) |  |
| Stoffwechselerkrankungen *(Bspw. Diabetes, Gicht, Fettstoffwechselerkrankungen, Erkrankungen der Schilddrüse)* |  |
| Bluterkrankungen *(Bspw. Blutungsstörungen, Thrombosen)* |  |
| bösartige Erkrankungen (Krebserkrankungen) |  |
| Allergien *(Lebensmittel, Pollen, Haustiere, Medikamente, Schwermetalle, Sonstige)* |  |
| Operationen in der Vergangenheit (Angabe mit Jahreszahl) |  |
| Tabakkonsum (auch wenn aufgehört) (Menge, Zeitraum) |  |
| Alkoholkonsum (Häufigkeit und Menge) |  |
| Konsum anderer Drogen (Häufigkeit und Menge) |  |

|  |
| --- |
| Dauerhafte Medikamenteneinnahme (Medikament, tägliche Dosis) |
|  |

*Erstellt durch:       (Name), Datum:*