

ANAMNESEBOGEN

Arbeitsmedizinische Untersuchung FeV

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch optimal zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir mögliche Risiken vorbeugen können.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ihr Praxisteam vom MVZ Dr. Renard & Kollegen und der ZfA MVZ GmbH

Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum und -ort
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz / Mobil		E-Mail
Größe	Gewicht	Tätigkeit
Firma der Rechnungsstellung / Arbeitgeber		Einstellung am

Art der Untersuchung

- Eignungsuntersuchung
 Erstuntersuchung
 Nachuntersuchung

Folgende Erkrankungen sind bekannt, bitte ankreuzen:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, KHK)
 Plötzliche Ohnmachtsanfälle / Synkopen
 Erkrankungen der Lunge, Schlafapnoesyndrom
 Gehirnerkrankungen o. Psychische Erkrankungen (z.B. Epilepsie o. Psychose)
 Erkrankungen des Ohres oder des Gleichgewichtsorganes
 Stoffwechselstörungen (Diabetes / Zuckerkrankheit)
 Augenerkrankungen (z.B. Augendruckerhöhung, Verletzungen)

Folgende orthopädische Erkrankungen sind bekannt, bitte ankreuzen:

- Bewegungseinschränkung eines Armes oder Beines
- Körperliche Beschwerden | wenn ja, welche: _____
- Operationen | wenn ja, welche und wann: _____

Vegetative Angaben

	Ja	Nein	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, wie viel: _____ / Tag seit: _____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, wie viel: _____ / Tag seit: _____
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche: _____
Tragen Sie ein Hörgerät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tragen Sie eine Brille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja: <input type="checkbox"/> Brille für die Nähe <input type="checkbox"/> Brille für die Ferne
Tragen Sie Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dioptrienzahl bekannt?			Links _____ Rechts _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle für die Untersuchung notwendigen Labordiagnostiken durchgeführt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass mich das MVZ Dr. Renard & Kollegen, die ZfA MVZ GmbH und ZfG MVZ GmbH wegen anstehenden arbeitsmedizinischen Untersuchungen und Impfungen per unverschlüsseltem elektronischen Datenverkehr (z. B. E-Mail/SMS/Messenger) kontaktieren darf. (ggf. streichen) Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Mir ist dabei bekannt, dass diese Daten unter bestimmten Umständen durch Dritte abgefangen werden können oder das Risiko einer nicht korrekten Übermittlung an einen falschen Empfänger besteht.

Ort, Datum

Unterschrift

Wir freuen uns nach Ihrer Behandlung auf Ihr Feedback:



Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit

(Epworth Sleepiness Scale)

Name, Vorname

Geburtsdatum und -ort

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden – sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in letzter Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- 0 = ich würde niemals einnicken
 1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
 2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
 3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken			
	0	1	2	3
Im Sitzen lesend	0	1	2	3
Beim Fernsehen	0	1	2	3
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z. B. im Theater oder bei einem Vortrag)	0	1	2	3
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	0	1	2	3
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	0	1	2	3
Wenn Sie sitzen und sich mit jemanden unterhalten	0	1	2	3
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	0	1	2	3
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	0	1	2	3
Bitte nicht ausfüllen!	Summe			

Ort, Datum

Unterschrift