

# Fragebogen zur Gesundheit

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:



Am Anfang des Berufsvorbereitungsjahrs und der Berufsausbildung findet eine ärztliche Untersuchung statt. Der untersuchende Arzt beurteilt Ihr berufliches Leistungsvermögen, d.h. er stellt fest ob Sie gesundheitlich in der Lage sind Ihren (geplanten) Ausbildungsberuf zu erlernen und danach erfolgreich auszuüben.

Wegen der ärztlichen Schweigepflicht bleiben die von Ihnen gemachten Angaben streng geheim. Nur wenn Sie es gestatten, darf der untersuchende Arzt Informationen weitergeben.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen durch Ankreuzen und weitere schriftliche Angaben (sofern erforderlich).

Der untersuchende Arzt bespricht den ausgefüllten Fragebogen mit Ihnen ausführlich.

Berufswunsch oder Ausbildungsberuf:

---

# Fragebogen zur Gesundheit

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sozialanamnese								
Lebt allein	<input type="checkbox"/>	Lebt bei den Eltern	<input type="checkbox"/>	Lebt mit Partner(in)	<input type="checkbox"/>	Lebt im Internat	<input type="checkbox"/>	Ergänzungen:
Besondere häusliche/private Belastungen (z.B. Konflikte in der Familie, Schulden)			<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche:				
Einschränkung der Aktivitäten im Alltag (gesundheitlich bedingt)			<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche:				
Führerschein gemacht	<input type="checkbox"/>	Führerschein vorhanden	<input type="checkbox"/>	Fährt selbst Kraftfahrzeug	<input type="checkbox"/>	Ergänzungen:		
Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel			<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche:				
Schwerbehinderung laut Ausweis vorhanden (GdB)?			<input type="checkbox"/>	Prozent:	Merkzeichen (Buchstaben):			
Besteht derzeit Arbeitsunfähigkeit?			<input type="checkbox"/>	Seit wann:	Bis wann attestiert:			

Gewohnheiten					
Alkoholkonsum	Nein <input type="checkbox"/>	Selten	Mehrmals pro Woche <input type="checkbox"/>	Täglich <input type="checkbox"/>	Menge:
Rauchen	Nein <input type="checkbox"/>	Nicht mehr seit _____	Seit wann _____	Menge (Zigaretten pro Tag):	
Sport	Nein <input type="checkbox"/>	1 x pro Woche <input type="checkbox"/>	Mehrmals pro Woche <input type="checkbox"/>	Täglich <input type="checkbox"/>	Sportart(en):
Drogen	Nein <input type="checkbox"/>	1 x pro Woche <input type="checkbox"/>	Mehrmals pro Woche <input type="checkbox"/>	Täglich <input type="checkbox"/>	Welche:
Computerspiele, Chatten, Surfen	Nein <input type="checkbox"/>	1 x pro Woche <input type="checkbox"/>	Mehrmals pro Woche <input type="checkbox"/>	Täglich <input type="checkbox"/>	Stunden pro Woche?

Medikamente		
Welche?	Wie oft?	Wie viel?

Andere Therapien (Physiotherapie, Psychotherapie, etc.)	
Welche?	Wie oft?

# Fragebogen zur Gesundheit

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Medizinische Voruntersuchungen oder Vorgutachten			
Medizinische Rehabilitation (z.B. Kurmaßnahme)	<input type="checkbox"/>	Wann? _____	Wo? _____ Warum? _____
Agentur für Arbeit, Jobcenter	<input type="checkbox"/>	Wann? _____	Warum? _____
Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MdK)	<input type="checkbox"/>	Wann? _____	Warum? _____
Deutsche Rentenversicherung (Rentenantrag, Umschulung, Hilfen am Arbeitsplatz, etc.)	<input type="checkbox"/>	Wann? _____	Warum? _____
Unfallversicherungsträger (Arbeitsunfall, Berufskrankheit)	<input type="checkbox"/>	Wann? _____	Warum? _____
Sonstige Begutachtung	<input type="checkbox"/>	Wann? _____	Warum? _____

Behandelnde Ärzte (in eigener Praxis oder in Kliniken)			
Name	Fachgebiet	Adresse	Telefon

Medizinische Vorgeschichte allgemein
Angeborene Behinderungen, Unfälle, Kinderkrankheiten, Krankenhausaufenthalte, Operationen mit Komplikationen ( <b>nur</b> eintragen, wenn <b>heute noch</b> Einschränkungen, Beschwerden, besondere gesundheitliche Risiken gegeben oder Behandlungen erforderlich sind)

# Fragebogen zur Gesundheit

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

\*Wenn in linke Spalte (grau markiert) angekreuzt wird bitte zugehörige Zeile ausfüllen

Besondere Vorerkrankungen*					
Sehschwäche? <input type="checkbox"/>	Brille erforderlich <input type="checkbox"/>	Farbsehvermögen eingeschränkt <input type="checkbox"/>			
Schwerhörigkeit? <input type="checkbox"/>	rechts <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/>	Tinnitus <input type="checkbox"/>		
Versorgung mit <input type="checkbox"/>	Hörgerät <input type="checkbox"/>	Implantat <input type="checkbox"/>			
Chronische Bronchitis? <input type="checkbox"/>	Allergisches Asthma? <input type="checkbox"/>	Nicht allergisches Asthma <input type="checkbox"/>			
Andere chronische Lungenkrankheiten? <input type="checkbox"/>	Welche? _____				
Hauterkrankungen? <input type="checkbox"/>	Schuppenflechte <input type="checkbox"/>	Neurodermitis <input type="checkbox"/>	Allergien <input type="checkbox"/>		
Ekzeme an Händen und Unterarmen <input type="checkbox"/>	Wann? _____	Auslöser (sofern bekannt) _____			
Allergische Erkrankungen? <input type="checkbox"/>	Heuschnupfen <input type="checkbox"/>	Kontaktallergie <input type="checkbox"/>	Nahrungsmittelallergie <input type="checkbox"/>		
Bluthochdruck? <input type="checkbox"/>	In Behandlung <input type="checkbox"/>	Seit wann bestehend _____			
Herzerkrankungen? <input type="checkbox"/>	Herzinfarkt <input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörung <input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/>		
Erkrankungen der Blutgefäße <input type="checkbox"/>	Schlaganfall <input type="checkbox"/>	Thrombosen <input type="checkbox"/>	Embolien <input type="checkbox"/>		
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? <input type="checkbox"/>	In Behandlung <input type="checkbox"/>	Seit wann bestehend _____			
Schilddrüsenerkrankung? <input type="checkbox"/>	Überfunktion <input type="checkbox"/>	Unterfunktion <input type="checkbox"/>	Sonstige: _____		
Magen-Darm-Erkrankungen? <input type="checkbox"/>	Entzündungen, Geschwüre <input type="checkbox"/>	Andere Magen-Darm-Erkrankungen <input type="checkbox"/>	Welche? _____		
Lebererkrankungen? <input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C <input type="checkbox"/>	Andere Leber- oder Gallenerkrankungen <input type="checkbox"/>	Welche? _____		
Nieren-, Blasen-erkrankungen? <input type="checkbox"/>	Welche? _____				
Bewusstlosigkeit, Anfallsleiden, Epilepsie? <input type="checkbox"/>	Wann erstmals? _____	Wann zuletzt? _____	In Behandlung? <input type="checkbox"/>		
Seelische Erkrankungen? <input type="checkbox"/>	Depression <input type="checkbox"/>	Autismus <input type="checkbox"/>	Andere? _____		
Suchterkrankungen (Alkohol, Drogen, Medikamente)? <input type="checkbox"/>	Seit wann bestehend _____		Aktuelle Suchterkrankung <input type="checkbox"/>	In Behandlung <input type="checkbox"/>	
Erkrankungen der Wirbelsäule? <input type="checkbox"/>	Lendenwirbelsäule <input type="checkbox"/>	Halswirbelsäule <input type="checkbox"/>	Bandscheibenvorfall <input type="checkbox"/>		
Gelenkerkrankungen? <input type="checkbox"/>	Hüfte, Knie <input type="checkbox"/>	Schulter <input type="checkbox"/>	Hand <input type="checkbox"/>		
Andere Erkrankungen? <input type="checkbox"/>	Welche? _____ _____				

# Fragebogen zur Gesundheit

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Gesundheitsbeschwerden (maßgeblich ist das letzte halbe Jahr)					
		Monatlich	Wöchentlich	Täglich	Belastungsabhängig
<b>Kopfschmerzen</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schmerzen Schulter, Arm, Hand</b>					
Schulter	re	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellbogen	re	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterarm, Handgelenk	re	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schmerzen der Wirbelsäule</b>					
Halswirbelsäule		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen den Schulterblättern		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lendenwirbelsäule		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ischialgie (Ausstrahlung in die Beine)	re	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftgelenk	re	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schmerzen Beine, Füße</b>					
Kniegelenk	re	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterschenkel	re	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuß, Sprunggelenk, Zehen	re	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Oberbauchschmerzen</b>					
Magenschmerzen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühl		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>Monatlich</b>	<b>Wöchentlich</b>	<b>Täglich</b>	<b>Belastungsabhängig</b>

# Fragebogen zur Gesundheit

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

<b>Herz-, Kreislaufbeschwerden</b>					
Schwindelgefühl		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweißausbrüche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschmerzen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nervöse Störungen</b>					
Innere Unruhe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationschwäche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Müdigkeit, Mattigkeit</b>					
Müdigkeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abgeschlagenheit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Schlafstörungen</b>					
Einschlafstörungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafstörungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstige Beschwerden</b>					
Welche? _____ _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Zusätzliche Angaben:</b>
_____
_____
_____
_____

Ich bestätige hiermit, dass meine Angaben richtig sind

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_