

Anamnesebogen – BEST Medical Center Leverkusen

Name, Vorname: 		Geb.-Datum: 	
Geschlecht: 	Tel.-Nr. (Handy): 	E-Mail: 	
Anschrift: 			
Arbeitgeber: 		Tätigkeit: 	Eintrittsjahr:

Aus welchem Anlass kommen Sie zu uns:

Arbeitsmedizinische Vorsorge → 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. Hierzu benötigen wir u. a. auch Angaben über Ihre Vorgeschichte. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden keinesfalls dem Arbeitgeber mitgeteilt. Der Arbeitgeber erhält eine Vorsorgebescheinigung, aus der hervorgeht, wann die arbeitsmedizinische Vorsorge stattgefunden hat und wann die nächste Vorsorge empfohlen wird.

Eignungsuntersuchungen → Eignungsuntersuchungen dienen der Klärung, ob die oder der Beschäftigte die gesundheitlichen Anforderungen an die Tätigkeit erfüllt. Sie unterliegen besonderen arbeitsrechtlichen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen und entsprechen einer gutachterlichen Untersuchung im Auftrag des Arbeitgebers. Der Arbeitgeber erhält eine Bescheinigung, aus der hervorgeht, ob gesundheitliche Bedenken gegen die Ausübung einer Tätigkeit bestehen oder nicht. Die Einwilligung des Beschäftigten für die Untersuchung, und für die Ergebnismitteilung an den Arbeitgeber ist grundsätzlich in schriftlicher Form erforderlich.

weitere Details zu Eignungsuntersuchungen finden Sie hier: [Stellungnahme des BMAS zu Eignungsuntersuchungen](#)

NUR bei Eignungsuntersuchung: Hiermit willige ich in die Durchführung der Untersuchung ein stimme der Weitergabe der ärztlichen Eignungsbescheinigung als Ergebnis der Eignungsuntersuchung an meinen Arbeitgeber zu.

Datum _____ Unterschrift _____

Sonstiges z.B. Gespräch / BEM → Bitte bringen zum vereinbarten Termin aktuelle Atteste / Rehabilitations-/ Arztberichte, usw. mit, die mit Ihrer Tätigkeit in Verbindung stehen.

Bitte bringen Sie neben diesen Anamnesebogen zum vereinbarten Termin mit:

- ✓ bei Eignungs-, Einstellungsuntersuchungen oder Vorsorge – Bildschirmarbeit – die aktuelle Brille
- ✓ Beschäftigte im Gesundheitsdienst und Beschäftigte in infektionsgefährdeten Bereichen:
 - bitte **das Impfbuch (falls vorhanden) mitbringen**

- Mit der elektronischen Verarbeitung und Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden.



Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten dient zur Erfüllung vertraglicher und/oder rechtlicher Verpflichtungen. Betroffene haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit, **Widerruf, Widerspruch** und Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde. Weitere Informationen finden Sie unter www.bestmedicalsolutions.de/datenschutzerklaerung/

Datum _____ Unterschrift _____

Einverständniserklärung

für die Weitergabe der betriebsärztlichen Unterlagen an den neuen Betriebsarzt / die neue Betriebsärztin

zur Erfüllung der Aufgaben der betriebsärztlichen Untersuchungen und Beratungen führen die Betriebsärzte/innen eine sogenannte Probandenakte (gleichbedeutend mit der Patientenakte in der Praxis eines behandelnden Arztes). Hierbei enthält die Probandenakte alle personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit der arbeitsmedizinischen Tätigkeit erfasst werden.

Da sich Ihr Betriebsarzt geändert hat, ist es notwendig Ihre arbeitsmedizinische Probandenakte an den neuen Betriebsarzt der BEST Medical Solutions GmbH weiterzugeben. Ihre Daten werden dabei selbstverständlich auch weiterhin vertraulich und konsequent gemäß der ärztlichen Schweigepflicht behandelt. Ihr/e neue/r Betriebsarzt/ärztin darf Ihre Probandenakte auch erst einsehen, sobald Sie bei diesem/dieser vorstellig sind.

Ich willige in die Weitergabe meiner Probandenakte an BEST Medical Solutions GmbH zu.

Datum _____ Unterschrift _____

Jetziger Gesundheitszustand:	JA	NEIN
• Fühlen Sie sich derzeit gesund und beschwerdefrei? Falls NEIN – welche Beschwerden haben Sie? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Befinden sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? Falls JA – Grund: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, bitte Name und Dosierung angeben: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn JA, wie viele Zigaretten täglich? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eigenanamnese:	JA	NEIN
• Bestehen oder bestanden früher einmal berufsbedingte gesundheitliche Probleme? wenn JA – welche _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ist eine Berufskrankheit anerkannt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Besteht eine Schwerbehinderung? Ursache und GdB in % _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? (Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen)		
• Erkrankung der Augen (z.B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Ohren (z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Schilddrüse (z.B. Überfunktion, Unterfunktion) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Bluthochdruck) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Atemwege (z.B. Tuberkulose, Asthma) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z.B. Virushepatitis) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Magens, Darms (z.B. Schleimhautentzündung, Geschwür) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Nieren, Blase (z.B. Koliken) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Wirbelsäule (z.B. Bandscheibenleiden) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Gelenke, Muskeln (z.B. Rheuma, Arthrose) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Nervensystems (z.B. Schwindelanfälle, Migräne, Epilepsie, Schlaganfall) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Stoffwechsels oder der Hormone (z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüsenerkrankung) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Haut (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Psychose) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sonstige chronische Krankheiten oder Gesundheitsstörungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Operationen mit Spätfolgen / Unfälle mit bleibenden Schäden – welche: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Allergien – wenn JA - gegen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>