MVZ für Chirurgie und Unfallchirurgie Jever

Anamnesebogen für Arbeitsunfälle

Datum: _____

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Hausarzt:	
Beruf (in der Firma):	
Arbeitgeber:	
Seit wann bei der Firma:	
Zuständige BG:	

Bei Selbstständigen: freiwillig versichert? Ja ☐ Nein ☐

Arbeitszeit: **Beginn:** **Ende**

Unfalltag:	**Unfallzeit:**	
Unfallort:		
Unfallhergang / Tätigkeit vor, bei und nach dem Unfall:		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Ja ☐	Nein ☐
1.	2.	
3.	4.	

Größe:	cm	**Rauchen?**	Ja ☐	Nein ☐
Gewicht:	kg	**Alkohol regelmäßig?**	Ja ☐	Nein ☐

Leiden Sie an einer Allergie oder Unverträglichkeit?	Ja ☐	Nein ☐
1.	2.	
3.	4.	

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen, wenn ja ggf. welche?			
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)		Bluthochdruck	
Erhöhte Blutfettwerte		Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	
Schilddrüsenerkrankung		Herzerkrankungen	
Nierenerkrankungen		Lebererkrankung	
Durchblutungsstörungen		Krampfadern	
Rheuma		Krebserkrankungen, welche?	

Unterschrift: ……

© MVZ für Chirurgie und Unfallchirurgie Jever