

# Anamnesefragebogen

## für medizinische Eignungsuntersuchungen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Ihre Angaben erleichtern das anschließende Gespräch mit dem Arzt.

Personalien:			
Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	Nationalität:
Straße:			
PLZ – Ort:			
Telefon (Festn.):		Handynummer:	
E-Mail:			
Tätigkeit:	<div style="float: right;"><b>Bahn: TFS-Nummer:</b> _____</div>		

Vorerkrankungen:							
	<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>unbekannt</i>		<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>unbekannt</i>
Bluthochdruck				Rheuma			
Blutzuckerkrankheit				Schlaganfall			
Fettstoffwechselstörung				Epilepsie (Krampfanfälle)			
Herzkrankheit				Knochenbrüche			
Magenerkrankung				Krampfadern			
Lungenkrankheit				Asthma/ Heuschnupfen			
Nierenerkrankung				Augenkrankheiten			
Thrombosen/oder Lungenembolien				Suchterkrankungen			
Krebs				Psychische Erkrankung			
Hautkrankheit				Frühkindliche Behinderungen			
Gicht				Anerkannte Behinderungen			
Leberentzündung/Gelbsucht				Allergien			<i>Welche:</i>
				Schlafapnoe			<i>Wenn ja: Benutzen Sie eine Maske?</i>
Sonstiges:							

Operationen:		
Welche:	Ja/wann ?	nein

Krankenhausaufenthalte , Kuren:		
	Ja/Wann?/Weshalb	nein
Waren Sie in den letzten zwei Jahren im Krankenhaus?		
Hatten Sie Kuren, Heilverfahren?		

Medikamente:	
Welche Medikamente nehmen Sie ein?	Häufigkeit:

Vegetative Anamnese:			
	normal	vermehrt	vermindert
Durst			
Appetit			
Stuhlgang			
Wasserlassen			
Ich schwitze			

Gewohnheiten:				
	ja	nein	wie viel	seit wann
Rauchen Sie?				
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?				
Nehmen Sie Drogen?				
Schlafen Sie ausreichend?			Std/Nacht	
Treiben Sie regelmäßig Sport?				

Körpergröße:	
Gewicht:	

	ja/ Dioptrien	nein
Brille /Kontaktlinsen:		

Ort, Datum

Unterschrift Proband

**Vom Arzt auszufüllen/ Bemerkungen**