

Familienarztpraxis Dres. Hellmuth & Frieling
Betriebsmedizin Dr. Hellmuth

Name: _____ **Vorname:** _____ **Datum:** _____
Straße: _____ **PLZ/Wohnort:** _____
Geb. Datum: _____ **Geb. Ort:** _____
Größe: _____ cm **Gewicht:** _____ kg
Tel. Nr.: _____ **Staatsangehörigkeit:** _____
Gelernte/r Beruf/e; Ausbildung/Studium: _____

Bitte alles sorgfältig ausfüllen:	JA	NEIN	Bemerkungen:
Augenkrankheiten / Sehstörungen / Brillenträger			
Ohrenkrankheiten / Hörstörungen			
Schilddrüsenkrankheiten			
Lungenerkrankungen wie Asthma/Bronchitis/Tuberkulose			
Herz-Kreislauf/Blutdruck Erkrankungen			
Magen- / Darmerkrankungen, z.B. Geschwüre			
Leber / Gallenerkrankungen			
Nieren / Blasenerkrankungen			
Zucker / Diabetes			
Gicht / Rheuma			
Skelett / Wirbelsäulen / Gliedmaßen Erkrankungen			
Nerven/Psyche/Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)			
Hauterkrankungen			
Allergien (z.B. Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Stoffe)			
Krebserkrankungen			
Infektionskrankheiten (Hepatitis/HIV...)			
Raucher/“Dampfer“ (E-Zig.)			seit _____ , _____ Zig./ Tag
Alkoholkonsum			Was:
Drogen			_____ x pro Woche
Regelmäßiger Sport			_____ x pro Woche
Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?			
Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?			Hausarzt:
Nehmen Sie (regelmäßig) Medikamente ein? Welche?			Med.:
Operationen in den letzten 5 Jahren?			
Impfungen			Welche:
Sonstige Erkrankungen z.B. Schlafapnoe ...			

Bitte geben Sie Ihre Arbeitgeber/Tätigkeiten der letzten **10 Jahre** an

Zeitraum von – bis:	Arbeitgeber	Tätigkeit

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!!!