

Personal- und Untersuchungsbogen		
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg Medizinische Fakultät Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.		
Name:	Vorname:	Geburtsname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Nationalität:
Anschrift: (Straße, PLZ, Ort)		
Tel. Privat:	Tel. Dienst:	
Anzahl der Kinder:	Krankenkasse:	Hausarzt:
Tätigkeit:		
Abteilung:		
Beginn der Tätigkeit:		Ende der Tätigkeit:
Schwerbehinderung: ja / nein	GdB:	
Minderung der Erwerbsfähigkeit: ja / nein	MdE:	Rente: ja / nein
Ausbildung / erlernter Beruf:		
Frühere Arbeitsplätze:		
Familienanamnese (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder)		
Zuckerkrankheit, Allergien, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tbc, Krebserkrankungen, sonstige Wenn ja, welche?		
Eigenanamnese		
Infektionskrankheiten: (Zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Gelbsucht/Virushepatitis <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Tbc
Bei beruflicher Tätigkeit mit Kontakt zu Lebensmitteln:		
Infektiöse Durchfallerkrankungen (z.B. Typhus, Hepatitis A)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Positive Stuhlprobe (z.B. Salmonellen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Infizierte Wunden/ansteckende Hauterkrankung (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Operationen: (Welche, Jahr)		
Unfälle, Verletzungsfolgen: (Welche, Jahr)		
Rehabilitationsmaßnahmen, Kuren, Krankenhausaufenthalte: (Welche, Jahr)		
Fühlen Sie sich derzeit gesund und beschwerdefrei?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

	Zutreffendes bitte ankreuzen	Wenn ja, bitte angeben: Welche? Jahr?	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Atemwegserkrankungen Asthma, gehäuft Infekte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Leber-Gallen-Bauchspeichel- drüsen-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Nieren-Blasenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Zuckerkrankheit (Diabetes) Schilddrüsenerkrankungen Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Augenleiden/Fehlsichtigkeit Brille/Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Ohrenleiden Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates Rheuma, Arthrosen Bandscheibenleiden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Nerven- und Gemütskrankungen Krampf- (Epilepsie), Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle Migräne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Für Frauen: Gynäkologische Erkrankungen Bestehende Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Hauterkrankungen Ekzem	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Allergien Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Berufskrankheiten/berufsbedingte gesundheitliche Probleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Sonstige chronische Krankheiten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (auch Ovulationshemmer)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wieviel?	Seit wann?
Nikotinkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wieviel?	Seit wann?
Drogenkonsum (Cannabis, Kokain, Heroin, Amphetamine usw.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche?	Seit wann?
Größe:	Gewicht:	Sport:	

Hiermit erkläre ich, dass ich den Fragebogen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift