



Dok. Typ Form	Dok. Referenznummer 12100000-0002	Rev.-Stand Rev 02	Erstellung / Überarbeitung 29.12.2017 Klaus Rieger	Inhaltliche / Fachliche Prüfung 29.12.2017 Klaus Rieger
------------------	--------------------------------------	----------------------	---	--

Anamnesebogen Eignungsuntersuchung

Veröffentlichung / Freigabe
29.12.2017 Klaus Rieger

Sehr geehrte(r) Bewerber(in),

zur Erleichterung des ärztlichen Gespräches bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen an der Anmeldung ab.

Name:	<input type="text"/>	Größe:	<input type="text"/>	cm
Vorname:	<input type="text"/>	Gewicht:	<input type="text"/>	kg
Geburtsdatum:	<input type="text"/>			

Für welchen Anlass stellen Sie sich in der Praxis vor?

<input type="checkbox"/> Führerscheinuntersuchung nach Fahrerlaubnisverordnung	<input type="checkbox"/> Erteilung	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> C1E
	<input type="checkbox"/> Verlängerung	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> DE	<input type="checkbox"/> D1E
		<input type="checkbox"/> Fahrgastbeförderung			
<input type="checkbox"/> Sportbootführerschein	<input type="checkbox"/> Sportler-Check	<input type="checkbox"/> Taucher-Check	<input type="checkbox"/> Gesundheitszeugnis		

Welche Erkrankungen sind seit wann bei Ihnen bekannt? Bitte geben Sie auch bisherige OP's und/oder Krankenhausaufenthalte mit Jahresangabe an:

	Seit wann?	Weitere Erkrankungen/OP's:	Seit wann?
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> kranke Herzkranzgefäße	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Schafensterkrankheit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anamnesebogen Eignungsuntersuchung

Liegen bei Ihnen Allergien vor?

nein ja, folgende Allergien sind bekannt:

<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Medikamente:	
<input type="checkbox"/> Lebensmittel:		<input type="checkbox"/> Andere:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein ja, nach folgendem Schema:

Medikament (Dosisangabe!)	morg	mitt	abds
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikament (Dosisangabe!)	morg	mitt	abds
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informationen zum Genußmittelkonsum

Trinken Sie regelmäßig

Alkohol?

nein ja

Was und wieviel pro Tag?:

Nehmen Sie Drogen?

nein ja

Was und wieviel pro Tag?:

Bei Bedarf kontaktieren Sie mich bitte ...

per Telefon unter folgender Nummer:

per E-Mail unter folgender E-Mail-Adresse:

Ort, Datum

Unterschrift