



Probandendaten

Name, Vorname:		Privatadresse:
Geb.-Datum:		Tel.:
	Männlich: ☐	Weiblich: ☐
Untersuchung am:		

Firma:		
Arzt:		

Anlass / Vorsorge	A	P	E	Einv. Ja	nein	Vorläufiges Ergebnis	NU
Wählen Sie ein Element aus.	☐	☐	☐	☐	☐	Wählen Sie ein Element aus.	
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		
	☐	☐	☐	☐	☐		
Zusatzinfo / Anmerkungen:							
Endergebnis falls abweichend von vorläufigen Ergebnis: Wählen Sie ein Element aus.							

Labor	ja	nein	Blut	Urin	Nummer:					
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Impfung	Masern	Mumps	Röteln	Windpocken	Tetanus	Diphtherie	Polio	Pertussis	Hep A	Hep B
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jahr										
Jahr										
Jahr										
	Hep A&B (Twinrix)	Grippe	Pneumokokken	Sonstiges:						
	☐	☐	☐							
Jahr										
Jahr										
Jahr										

ARBEITSANAMNESE

Erlerner Beruf:		Jahre der Tätigkeit:
Jetzige Tätigkeit:		Jahre der Tätigkeit:
Belastung durch:	☐ Feinstaub ☐ Asbest ☐ Noxen ☐ schweres Heben ☐ Hitze ☐ Kälte Sonstiges:	

EIGENANAMNESE

Familienanamnese:	☐ unauffällig		MdE: %	GdB:
Erkrankungen, Operationen:	☐ nicht bekannt			
Allergien:	☐ nicht bekannt			
Medikamente:	☐ keine			
Beschwerden zurzeit:	☐ keine			

SOZIALANAMNESE

Rauchen:	☐ nein	☐ nicht mehr seit: XXXX - (zuvor) XXXX Zig/Tag über XXXX Jahre, Packyears: XXXX
Alkohol:	☐ nein	
Sport:	☐ nein	

KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNGEN

Größe (cm):		Gewicht (kg):		Blutdruck (mm/Hg):		Puls (/min.):		BMI:	
Ggf. durch das med. Personal auszufüllen - Ergebnisse / Freitext / Notizen: ☐ ohne pathologischen Befund									

Wann zuletzt folgende Untersuchungen ?

o. B.	Datum, Befunde, Anmerkungen, Empfehlungen	o. B.	Datum, Befunde, Anmerkungen, Empfehlungen
Urin:	☐	Hörtest:	☐
Sehtest:	☐	Labor (Blut)	☐
Lungenfunktion:	☐	Reaktionstestl	☐
EKG:	☐	Belastungs-EKG:	☐

Husum, den

Unterschrift: