

# Anamnesebogen Eignungsuntersuchung

Sehr geehrte(r) Bewerber(in),

zur Erleichterung des ärztlichen Gespräches bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Einzelne Fragen können auch im Behandlungsgespräch beantwortet werden.

**Name:** ..... **Größe:** ..... cm  
**Vorname:** ..... **Gewicht:** ..... kg  
**Geburtsdatum:** .....

**Für welchen Anlass stellen Sie sich in der Praxis vor?:**

<b>Führerscheinuntersuchung nach Fahrerlaubnisverordnung:</b>	<input type="checkbox"/> Ersterteilung	<input type="checkbox"/> Verlängerung	
<input type="checkbox"/> LKW (C, C1, CE, C1E)	<input type="checkbox"/> Bus (D, D1, DE, D1E)	<input type="checkbox"/> Personenbeförderung (P-Schein)	
<input type="checkbox"/> Sportbootführerschein	<input type="checkbox"/> Gesundheitszeugnis	<input type="checkbox"/> Sportler-Check	<input type="checkbox"/> Taucher-Check

**Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?:**

	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Seit Wann? Nähere Angaben:
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt, Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Zuckerkrankheit/ Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Lebererkrankungen, Neigung zu Gallenkoliken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Nierenerkrankungen, Neigung zu Nierenkoliken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Erkrankungen mit erhöhter Tagesschläfrigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Operationen/Unfälle/Verlust von Gliedmaßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Sonstige Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? In welcher Wirkstärke, Dosierung?:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Genußmittelanamnese: Konsumieren Sie ...**

... **regelmäßig Alkohol?** Wenn ja, was und wieviel: .....

... **Drogen?** Wenn ja, was und wieviel: .....

**Nur auszufüllen für Bewerber um ein Gesundheitszeugnis:**

**Haben Sie Allergien?** :       Nein     Ja, gegen: .....

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift Bewerber(in)**

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen an der Anmeldung ab. Hier helfen wir Ihnen auch gerne bei Fragen oder Unklarheiten weiter.

**Information über die Erhebung / Übermittlung von Behandlungsdaten u. Befunden nach § 73 Abs. 1b SGB V:**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können in Ihrem Fall vor allem unser Labor sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen und zur Klärung von medizinischen Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.