Untersuchungsbogen „allgemein“
zugleich
Gesundheitsakte

Name / Anschrift des Arztes bzw. der Ärztin / Institution:

Angaben zur Person der/des Versicherten

Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers — Tag Monat Jahr — Geburtsdatum

I-Kennzeichen

Familienname	Vorname	001	**Änderungen**
Geburtsname	Staatsangeh.	002	
Straße	Krankenkasse	003	
Postleitzahl und Ort	Personal-Nr.	004	

Anschrift des Unternehmens

Betriebs-Nr. der Agentur für Arbeit — Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger — Nr. des Unfallversicherungsträgers

Name	005	
	006	
	007	
Straße	008	
Postleitzahl und Ort	009	

Familienanamnese / Eigenanamnese

(**ANAMNESE:** nur Krankheiten ernsterer Natur. Falls „ja“ bitte entsprechendes Kästchen ankreuzen ☐, sonst freilassen. Bitte dem Klartext die entsprechende Schlüsselzahl voranstellen).

100	Allergie	100	
101	Asthma	101	
102	Diabetes	102	
103	Hypertonie	103	
104	maligne Erkrankungen	104	
105	Psychosen	105	
106	Tuberkulose	106	
107	Missbildungen	107	
108	Sonstiges	108	
120	Augen	120	
121	Ohren	121	
122	Gehör	122	
123	Mund	123	
124	Rachen	124	
125	Nase	125	
126	Schilddrüse	126	
127	Lunge	127	
128	Atemwege	128	
129	Herz	129	
130	Kreislauf	130	
131	Gefäßsystem	131	
132	Leber	132	
133	Gallenblase	133	
134	Milz	134	
135	Magen	135	
136	Darm	136	
137	Pankreas	137	
138	Hernien	138	
139	Nieren	139	
140	Blase	140	
141	Geschlechtsorgane	141	
142	Geburten	142	
143	Gynäkologische Erkrankungen	143	
144	Wirbelsäule	144	
145	Sonstiger Bewegungsapparat	145	
146	Skelettsystem	146	
147	Nervensystem	147	
148	Psyche	148	
149	Haut	149	
150	Blut	150	
151	Allergie	151	
152	Diabetes	152	
153	Gicht	153	
154	Sonstiges Stoffwechselsystem	154	
155	Hormonsystem	155	
156	Tuberkulose	156	
157	Sonstige Infektionskrankheiten	157	
158	Operationen	158	
159	Unfälle mit Folgen	159	
160	Vergiftungen	160	
161	Tumoren (benigne)	161	
162	Tumoren (maligne)	162	
163	Sonstiges	163	

Raum für Klartext

Ergänzungen
(bitte mit Positionsziffern und Datum der Eintragung)

Pos. Ziff.	Datum

Bleibende Diagnosen:

Blutgruppe

Befund

(nur wesentliche Feststellungen eintragen

Der beiliegende, selbstklebende Heftmechanismus wird hier angebracht, wenn das Einlageblatt erforderlich ist.

HINWEIS: **Blatt 1**
Dieser Bogen bestimmt nicht den Untersuchungsumfang. Hinweise zum Untersuchungsumfang ergeben sich z. B. aus den DGUV Empfehlungen für arbeitsmedizinische Beratungen und Untersuchungen.

170	**Datum der Untersuchung**																						
180	**Zwischenanamnese / jetzige Beschwerden**																						
	Jetziger Arbeitsplatz																						
190	Arbeitsbereich																						
191	Art der Tätigkeit																						
200	**Untersuchungsgrund** Bitte Anlass für Vorsorge bzw. Eignungsbeurteilung nennen																						
	Befund		auffällig	Raum für Klartext			auffällig	Raum für Klartext			auffällig	Raum für Klartext			auffällig	Raum für Klartext							
300	Größe/ Gewicht	300	nein ja	cm/ kg	300	nein ja	cm/ kg	300	nein ja	cm/ kg	300	nein ja	cm/ kg	300	nein ja	cm/ kg							
301	Blutdruck	301	nein ja	/ mmHG	301	nein ja	/ mmHG	301	nein ja	/ mmHG	301	nein ja	/ mmHG	301	nein ja	/ mmHG							
302	Kopf	302	nein ja		302	nein ja		302	nein ja		302	nein ja		302	nein ja								
303	Hals	303	nein ja		303	nein ja		303	nein ja		303	nein ja		303	nein ja								
304	Sinnesorgane	304	nein ja		304	nein ja		304	nein ja		304	nein ja		304	nein ja								
305	Augen	305	nein ja		305	nein ja		305	nein ja		305	nein ja		305	nein ja								
306	Visus	306	nein ja		306	nein ja		306	nein ja		306	nein ja		306	nein ja								
307	Hörvermögen — wenn auffällig, Befundkarten beifügen	307	nein ja		307	nein ja		307	nein ja		307	nein ja		307	nein ja								
308	Trommelfell/äußeres Ohr	308	nein ja		308	nein ja		308	nein ja		308	nein ja		308	nein ja								
309	Rachen/Gebiss	309	nein ja		309	nein ja		309	nein ja		309	nein ja		309	nein ja								
310	Septum	310	nein ja		310	nein ja		310	nein ja		310	nein ja		310	nein ja								
311	Nase	311	nein ja		311	nein ja		311	nein ja		311	nein ja		311	nein ja								
312	Lymphknoten	312	nein ja		312	nein ja		312	nein ja		312	nein ja		312	nein ja								
313	Thorax	313	nein ja		313	nein ja		313	nein ja		313	nein ja		313	nein ja								
314	Lunge	314	nein ja		314	nein ja		314	nein ja		314	nein ja		314	nein ja								
315	Herz	315	nein ja		315	nein ja		315	nein ja		315	nein ja		315	nein ja								
316	Gefäßsystem	316	nein ja		316	nein ja		316	nein ja		316	nein ja		316	nein ja								
317	Bauch	317	nein ja		317	nein ja		317	nein ja		317	nein ja		317	nein ja								
318	Hernien	318	nein ja		318	nein ja		318	nein ja		318	nein ja		318	nein ja								
319	Leber	319	nein ja		319	nein ja		319	nein ja		319	nein ja		319	nein ja								
320	Gallenblase	320	nein ja		320	nein ja		320	nein ja		320	nein ja		320	nein ja								
321	Milz	321	nein ja		321	nein ja		321	nein ja		321	nein ja		321	nein ja								
322	Nieren	322	nein ja		322	nein ja		322	nein ja		322	nein ja		322	nein ja								
323	Blase	323	nein ja		323	nein ja		323	nein ja		323	nein ja		323	nein ja								
324	Genitalien	324	nein ja		324	nein ja		324	nein ja		324	nein ja		324	nein ja								
325	Wirbelsäule	325	nein ja		325	nein ja		325	nein ja		325	nein ja		325	nein ja								
326	Sonstiger Bewegungsapparat	326	nein ja		326	nein ja		326	nein ja		326	nein ja		326	nein ja								
327	Skelettsystem	327	nein ja		327	nein ja		327	nein ja		327	nein ja		327	nein ja								
328	Haut	328	nein ja		328	nein ja		328	nein ja		328	nein ja		328	nein ja								
329	Nervensystem	329	nein ja		329	nein ja		329	nein ja		329	nein ja		329	nein ja								
330	Psyche	330	nein ja		330	nein ja		330	nein ja		330	nein ja		330	nein ja								
331	Sonstiges	331	nein ja		331	nein ja		331	nein ja		331	nein ja		331	nein ja								
	Ergänzende Untersuchungen	350	nein ja	(VK) ist Liter		nein ja	Liter		nein ja	Liter		nein ja	Liter		nein ja	Liter							
350	Spirometrie			Atemstoßwert/sek. (AST) Liter			Liter			Liter			Liter			Liter							
				Prozentverh. AST/VK 0 %			0 %			0 %			0 %			0 %							
360	Ergometrie	360	nein ja		360	nein ja		360	nein ja		360	nein ja		360	nein ja								
370	Röntgen	370	nein ja		370	nein ja		370	nein ja		370	nein ja		370	nein ja								
380	EKG	380	nein ja		380	nein ja		380	nein ja		380	nein ja		380	nein ja								
390	Sonstige Untersuchungen	390	nein ja		390	nein ja		390	nein ja		390	nein ja		390	nein ja								
400	**Laboruntersuchungen** (bitte mit Ziffern des Laborbogens eintragen. Bei größeren Untersuchungen, Laborbogen verwenden.)																						
410	**Beurteilung** (Untersuchungsergebnis) bitte ankreuzen		Keine Bedenken / k. Bed. u. bes. Vor. / befristet Bedenken / dauernd Bedenken			Keine Bedenken / k. Bed. u. bes. Vor. / befristet Bedenken / dauernd Bedenken			Keine Bedenken / k. Bed. u. bes. Vor. / befristet Bedenken / dauernd Bedenken			Keine Bedenken / k. Bed. u. bes. Vor. / befristet Bedenken / dauernd Bedenken			Keine Bedenken / k. Bed. u. bes. Vor. / befristet Bedenken / dauernd Bedenken								
420	**Nächste Untersuchung**																						

05/2022 **Bestell-Nr. A 5** © Verlag Kepnerdruck, Postfach 10 02 62, 75021 Eppingen Nachdruck verboten!

PERSÖNLICHE ANGABEN

Sozialanamnese

010 Berufskrankheiten – MdE?

011 Arbeitsunfälle – MdE?

012 Kriegs-/Wehrdienstbeschädigung – MdE?

013 Schwerbehindert – MdE?

014 sonstige schwere Unfälle

bitte ankreuzen

020 Rauchen (Menge/Art/Dauer) ja

021 Alkohol (Menge/Art/Dauer) ja

Regelmäßige Medikamente

025 insbes. Antikoagulanzien / Insulin

030 **Hausarzt/Hausärztin** (Name/Anschrift)

Name:

Anschrift:

Arbeitsanamnese

040 Tagschicht ja

041 Früh- und Spätschicht ja

042 vollkontinuierliche Wechselschicht ja

050 **Ausbildung/erlernter Beruf**

060 **Frühere Arbeitsplätze**
(Arbeitsbereich, Art der Tätigkeit, Dauer der Tätigkeit, Expositionen – auch in Fremdunternehmen)

070 **Ergänzende persönliche Angaben**

Änderungen/Ergänzungen
(bitte mit Positionsziffern und Datum der Eintragung)

Weitere Unterlagen (ärztlich, betrieblich):

Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen:

Technische Messdaten / besondere Vorkommnisse am Arbeitsplatz bzw. bei der untersuchten Person:

Bemerkungen, insbesondere bei Bedenken gegen bestimmte Tätigkeiten (Auflagen, Befristungen)

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	PQ	R	S	Sch	St	T	U	V	W	XY	Z	5	10	15	20	25	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		

PERSÖNLICHE ANGABEN

Sozialanamnese

010 Berufskrankheiten – MdE?

011 Arbeitsunfälle – MdE?

012 Kriegs-/Wehrdienstbeschädigung – MdE?

013 Schwerbehindert – MdE?

014 sonstige schwere Unfälle

bitte ankreuzen

020 Rauchen (Menge/Art/Dauer) ja

021 Alkohol (Menge/Art/Dauer) ja

Regelmäßige Medikamente

025 insbes. Antikoagulanzien / Insulin

030 **Hausarzt/Hausärztin** (Name/Anschrift)

Name:

Anschrift:

Arbeitsanamnese

040 Tagschicht ja

041 Früh- und Spätschicht ja

042 vollkontinuierliche Wechselschicht ja

050 **Ausbildung/erlernter Beruf**

060 **Frühere Arbeitsplätze**
(Arbeitsbereich, Art der Tätigkeit, Dauer der Tätigkeit, Expositionen – auch in Fremdunternehmen)

070 **Ergänzende persönliche Angaben**

Änderungen/Ergänzungen
(bitte mit Positionsziffern und Datum der Eintragung)