

**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)
- 021 Alkohol (Menge/Art/Dauer)

ja
ja

**Regelmäßige Medikamente**

- 025 insbes. Antikoagulanzen / Insulin

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

Name:  
Anschrift:

**Arbeitsanamnese**

- 040 Tagschicht
- 041 Früh- und Spätschicht
- 042 vollkontinuierliche Wechselschicht

ja
ja
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 Positionsnummern und Datum der Eintragung)