

Arbeitsmedizinische Vorsorge Eigene Angaben zu Muskel-Skelett-Erkrankungen (Anamnese 1)

DGUV Empfehlung
"Belastungen des Muskel-Skelett-Systems einschließlich Vibrationen"

Name _____ Vorname _____ Datum _____

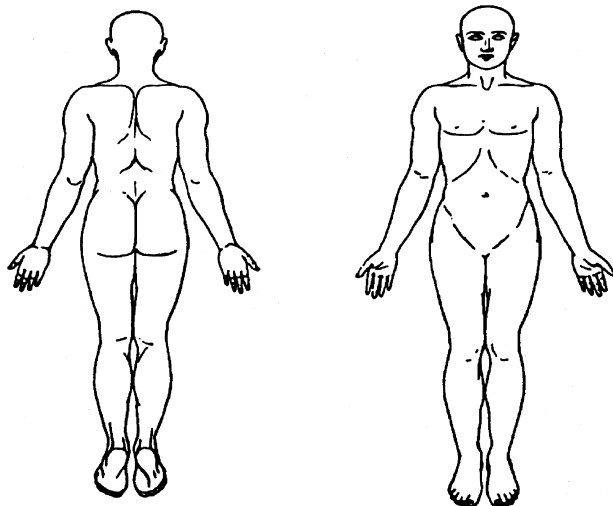
1. Hatten Sie Erkrankungen, Operationen oder schwere Unfälle an der Wirbelsäule, den Armen oder Beinen?

nein ja

Wenn ja, welche? _____

2. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule, der Arme oder Beine?

nein ja



Wenn Ja, zeichnen Sie bitte in die beiden Figuren genau da Kreuze (x) ein, wo Beschwerden aufgetreten sind!

3. Haben Sie heute Beschwerden in der Wirbelsäule, den Armen oder Beinen?

nein ja

Wenn Ja, wo? _____

4. Waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen dieser Beschwerden bei einem Arzt/einer Ärztin?

nein ja

Wenn Ja, welche Diagnose wurde gestellt? _____

Wenn Ja, welche Therapie wurde eingeleitet? _____

5. Waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen der Beschwerden arbeitsunfähig?

nein ja

Wenn ja, wie oft? _____ x und wie viel Wochen insgesamt? _____ Wochen

6. Welche Belastungen verursachen Schmerzen oder andere Beschwerden?

Belastung durch	Schmerzen / Beschwerden verursacht oder verstärkt		Die Belastung kommt in meiner Arbeit nicht vor
	ja	nein	
manuelle Lastenhandhabungen, z. B. Heben/Halten/Tragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
repetitive manuelle Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dauerndes Stehen (ohne Bewegungsmöglichkeiten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperhaltungen mit vorgeneigtem oder verdrehtem Oberkörper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dauerndes Sitzen (ohne Bewegungsmöglichkeiten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeiten über Schulterhöhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeiten im Hocken/Knien/Liegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausübung von Ganzkörperkräften	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körper(fort)bewegung, z. B. Klettern, Treppensteigen, Kriechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erschütterung durch Werkzeuge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sitzen auf Fahrzeugen oder Maschinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeiten unter Zeitdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychisch belastende Arbeitssituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Belastungen: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit ein?

sehr gut gut mittelmäßig eher schlecht sehr schlecht