

Umweltmedizinischer Anamnesebogen Gh/Umweltmedizin

Name:

Vorname:

geb. am:

in:

wohnhaft:

seit:

Beruf:

Arbeitsstelle (Einrichtung / Zimmernummer):

seit:

Untersuchung am :.....

durch:.....

☐ an der Arbeitsstelle

☐ im Gesundheitsamt

☐

Anlass:

Beschwerdesymptomatik :

Welche Beschwerden haben Sie zur Zeit:

seit wann?

	immer	sporadisch	Wann / Wo
Müdigkeit/Erschöpfung			
Leistungsabfall			
Konzentrations- störungen			
Gedächtnisstörungen			
Schwindel- erscheinungen			
Gefühlstörungen (Parästhesien)			
Herzklopfen/ -stolpern			
Atemnot			
Schlafstörungen			
Hautausschläge, Juckreiz, trockene Haut			

	immer	sporadisch	Wann/Wo
Reizungen von Schleimhäuten der Atemwege u. der Augen			
Kloß- und Engegefühl im Hals			
Schmerzen			
Kopfschmerzen			
Übelkeit			
Stuhlbeschwerden			
Verdauungsbeschwerden			
Appetitlosigkeit			
Gewichtsabnahme			
Gelenkbeschwerden			
Hörstörungen			
Sehstörungen			
Gehäufte Infekte			
Zittern			

Sonstiges:

Besteht eine Abhängigkeit der Beschwerden von:

Wetter/ Jahreszeit	Körperliche Belastung	Aufregung/ Stress	Aufenthaltort	Tageszeit	Möglicher Schadstoffkontakt

(Bitte ankreuzen und ev. anschließend näher erläutern)

Bestehen die Beschwerden auch im Urlaub?

☐ Nein

☐ Ja

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Wie haben sie sich entwickelt? (Schildern Sie kurz den Verlauf oder kreuzen Sie an)

gleichbleibend	verschlechtert	gebessert	schubweise	dauernd

Welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt , mit welchem Ergebnis und welchen Therapieempfehlungen?

Was tun Sie bei Auftreten der Beschwerden?

Was tun Sie um die Beschwerden zu vermeiden?

Wie oft und wie lange sind Sie auf Grund der Beschwerden arbeitsunfähig (gewesen)?

Gibt es ähnliche Beschwerden bei:

	Anzahl	wer ist betroffen?
Familienmitgliedern Mitbewohnern		
Arbeitskollegen/-innen		

Welche Vermutungen haben Sie selbst über die Ursache Ihrer Beschwerden?

Arbeits- und Lebensumfeld:

Wieviel Stunden pro Tag verbringen Sie:

Zu Hause	
Am Arbeitsplatz	
An einem anderen Aufenthaltsort regelmäßig	

Wie ist Ihre wöchentliche Arbeitszeit normalerweise verteilt:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag

Gesamt:.....Wochenstunden

Arbeitsplatz:

Beschreiben Sie kurz Ihre Tätigkeit (sitzend, stehend, Bildschirmtätigkeit,...):

Sind Sie Ihrer Meinung nach am Arbeitsplatz Schadstoffen ausgesetzt?

☐ Nein

☐ Ja , welchen Verdacht haben Sie?.....

Gibt es Besonderheiten der Einrichtung, Holzverkleidung?

☐ Nein

☐ Ja,.....

Liegt eine erhebliche Lärmbelästigung vor?

☐ Nein

☐ Ja,.....

Besteht eine außergewöhnliche Geruchsbelästigung?

☐ Nein

☐ Ja,.....

Gibt es Probleme mit feuchten Stellen/Schimmelbefall ?

☐ Nein

☐ Ja,

Gibt es eine Klimaanlage?

☐ Nein

☐ Ja

Sind die Lichtverhältnisse ausreichend ?

☐ Nein

☐ Ja

Wie viele Personen arbeiten im gleichen Raum mit Ihnen?

Gibt es Konflikte am Arbeitsplatz?

☐ Nein, nie

☐ mit Kollegen

☐ mit Kundschaft

☐ mit Vorgesetzten

☐ mit andere:.....

Sind Sie insgesamt mit Ihrer Arbeitssituation:

Sehr zufrieden.....es geht so.....völlig unzufrieden?

◆-----◆
(Bitte auf der Linie markieren)

Die Arbeitsbelastung ist:

Zu gering.....genau richtig.....zu groß

◆-----◆
(Bitte auf der Linie markieren)

Wurden Renovierungsarbeiten durchgeführt:

☐ Nein

☐ Ja → was wurde gemacht?.....

wann:

Häusliche Umgebung:

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?

Gibt es hier besondere Schadstoffe?

☐ Nein

☐ Ja,.....

Gibt es Besonderheiten der Wohnungseinrichtung/ Holzverkleidung?

☐ Nein

☐ Ja,.....

Gibt es hier eine besondere Lärmbelästigung?

☐ Nein

☐ Ja,.....

Gibt es hier eine besondere Geruchsbelästigung?

☐ Nein

☐ Ja,.....

Gibt es Probleme mit feuchten Stellen/Schimmel?

☐ Nein

☐ Ja,.....

Wurden Renovierungsarbeiten in letzter Zeit vorgenommen?

☐ Nein

☐ Ja,→was wurde gemacht?.....

wann?

Welche Reinigungsmittel benutzen Sie?

.....

Haben Sie Haustiere?

☐ Nein

☐ Ja,.....

Welche Heizungsart haben Sie?

.....

Sind Sie mit Ihrer häuslichen Situation zufrieden, oder gibt es größere Probleme?

.....

Gesundheitliche Vorgeschichte:

Familienanamnese:

(Tumorerkrankungen; Stoffwechselerkrankungen, ev. Todesursache)

Eigenanamnese:

Bestehende Krankheiten:

(welche, seit wann, wie therapiert)

derzeitige Medikamente:

durchgemachte Krankheiten:

(welche, wann, wie therapiert)

Operationen, Krankenhausaufenthalte:

(was, wann)

Sind Sie gestillt worden?

0 Nein

0 Ja, ungefähr.....Monate

Wie ernähren Sie sich?

	ganz normal	vollwertig	vegetarisch	
seit				
Bemerkung, Besonderheiten				

Wie häufig essen Sie Wurst und Fleisch?

← Nie 1x wöchentlich 2-3x pro Woche täglich →

Sonstige Besonderheiten der Ernährung/Kost:

Rauchen Sie:

0 Nein

0 passiv

0 aktiv,Zigaretten pro Tag

,.....(Zigarren/Zigarillos/ ? bitte angeben) pro Tag

Wieviel Alkohol nehmen Sie durchschnittlich pro Tag zu sich?

(Bier/ Wein/ Schnaps/ ?, bitte angeben)

Checkliste Krankheiten:

Bestehen/ bestanden folgende Krankheiten:

	Heuschnupfen	Asthma	Hauterkrankung	Nahrungsmittel-unverträglichkeit	Allergie
seit					
Bemerkung					

Wurde eine Allergietestung durchgeführt?
Ergebnis?

	Haarausfall	Gelbsucht	Rheuma	Chronische Bronchitis	Gynäkolog./urolog. Erkrankung
seit					
Bemerkung					

Erkrankungen folgender Organe	Blutgefäße	Lunge/Bronchien	Herz	Gehirn	Gallenblas Leber/Milz
seit					
Bemerkung					

Erkrankungen folgender Organe	Magen/Darmtrakt	Harnblase	Niere	Gebärmutter/Eierstöcke Prostata	Schilddrüse
seit					
Bemerkung					

Gibt/ gab es auffällig Blutwerte? (BKS, Hormone, BB,.....)

Sonstiges:

Untersuchungsbefund:

Gesamteindruck:

Allgemein- und Ernährungszustand:

Größe:

Gewicht:

Blutdruck:

Puls:

Augen:

Ohren:

Haut und sichtbare Schleimhäute:

Lymphknoten:

Hals:

Mundhöhle/ Gebiss:

Herz/Kreislauf:

Lunge/Atmung:

Periphere Durchblutung:

Bauchorgane/ Bruchpforten

Bewegungsapparat:

Niere:

Neurologisch/ psychiatrischer Befund:

Sonstiges: