

Name / Anschrift des Arztes / Institution:

**Untersuchungsbogen „allgemein“  
zugleich  
Gesundheitsakte**

Angaben zur Person der/des Versicherten	Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">Tag Monat Jahr <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table></div> <div style="text-align: center;">Geburtsdatum <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table></div> </div>																								I-Kennzeichen <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table>															
Familienname		Vorname		001																																				
Geburtsname		Staatsangeh.		002																																				
Straße		Krankenkasse		003																																				
Postleitzahl und Ort		Personal-Nr.		004																																				
Anschrift des Arbeitgebers	Betriebs-Nr. der Agentur für Arbeit <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table>												Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table>													Nr. des Unfallversicherungsträgers <table border="1" style="border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td></tr></table>														
	Name				005																																			
				006																																				
				007																																				
Straße				008																																				
Postleitzahl und Ort				009																																				

**Änderungen**

Familienanamnese	<p><b>(ANAMNESE: nur Krankheiten ernsterer Natur. Falls „ja“ bitte entsprechendes Kästchen ankreuzen <input type="checkbox"/>, sonst freilassen. Bitte dem Klartext die entsprechende Schlüsselzahl voranstellen).</b></p>		<b>Raum für Klartext</b>		<b>Ergänzungen</b> <small>(bitte mit Positionsziffern und Datum der Eintragung)</small>	
					Pos. Ziff.   Datum	
Eigenanamnese	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					

**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 berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen.

170	<b>Datum der Untersuchung</b>													
180	<b>Zwischenanamnese / jetzige Beschwerden</b>													
<b>Jetziger Arbeitsplatz</b>														
190	Arbeitsbereich													
191	Art der Tätigkeit													
200	<b>Untersuchungsgrund</b> (Tätigkeiten / Arbeitsstoff, bitte ggf. mit Grundsatz-Nr.)													
<b>Befund</b>														
	auffällig	Raum für Klartext	auffällig	Raum für Klartext	auffällig	Raum für Klartext	auffällig	Raum für Klartext	auffällig	Raum für Klartext	auffällig	Raum für Klartext		
300	Größe/ Gewicht	cm/ kg	300	nein ja	cm/ kg	300	nein ja	cm/ kg	300	nein ja	cm/ kg	300	nein ja	
301	Blutdruck	/ mmHG	301	nein ja	/ mmHG	301	nein ja	/ mmHG	301	nein ja	/ mmHG	301	nein ja	
302	Kopf		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	
304	Sinnesorgane		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	
306	Visus	wenn auffällig, Befund- karten beifügen	306	nein ja		306	nein ja		306	nein ja		306	nein ja	
307	Hörvermögen		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	
309	Rachen/Gebiss		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	
311	Nase		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	
313	Thorax		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	
315	Herz		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	
317	Bauch		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	
319	Leber		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	
321	Milz		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	
323	Blase		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	
325	Wirbelsäule		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	
327	Skelettsystem		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	
329	Nervensystem		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	
331	Sonstiges		331	nein ja		331	nein ja		331	nein ja		331	nein ja	
<b>Ergänzende Untersuchungen</b>														
350	Spirometrie	(VK) ist	Liter	nein ja	Liter	nein ja	Liter	nein ja	Liter	nein ja	Liter	nein ja		
		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
370	Röntgen			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
390	Sonstige Untersuchungen			390	nein ja		390	nein ja		390	nein ja		390	nein ja
400	<b>Laboruntersuchungen</b> (bitte mit Ziffern des Laborbogens eintragen. Bei größeren Untersuchungen, Laborbogen verwenden.)													
410	<b>Beurteilung</b> (Untersuchungsergebnis) bitte ankreuzen		Keine Be- denken	k. Bed. u. bes. Vor.	befristet Be- denken	dauernd Be- denken	Keine Be- denken	k. Bed. u. bes. Vor.	befristet Be- denken	dauernd Be- denken	Keine Be- denken	k. Bed. u. bes. Vor.	befristet Be- denken	dauernd Be- denken
420	<b>Nächste Untersuchung</b>													

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	

---

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

---

**Technische Messdaten / besondere Vorkommnisse am Arbeitsplatz bzw. beim Untersuchten:**

---

**Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen:**

---

**Weitere Unterlagen** (ärztlich, betrieblich):

**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** (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 Positionsziffern und Datum der Eintragung)