

# Arbeitsmedizinische Untersuchungen

## Ärztliche Anamnese zu Muskel-Skelett-Erkrankungen (Anamnese 2)

G 46

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

1. Wie stark war der schlimmste Schmerz, den Sie in einem der eingezeichneten Bereiche in den letzten 4 Wochen verspürt haben. Bewerten Sie diesen zwischen

**0 (= keine Schmerzen) und 10 (= schlimmste vorstellbare Schmerzen) – Ankreuzen!**

keine Schmerzen     0     1     2     3     4     5     6     7     8     9     10    schlimmste vorstellbare Schmerzen

2. Wie empfinden Sie die Schmerzen der letzten 12 Monate in den Armen, Beinen oder an der Wirbelsäule? Sie lassen sich in folgender Weise beschreiben:

dumpf	<input type="radio"/>	_____	wo?	Kribbeln / Parästhesien	<input type="radio"/>	_____
brennend, stechend	<input type="radio"/>	_____		Taubheitsgefühl	<input type="radio"/>	_____
mit Verspannung	<input type="radio"/>	_____		Raynaud-Phänomene	<input type="radio"/>	_____
				andere Beschwerden:	<input type="radio"/>	_____

3. Strahlen Schmerzen im Rücken ggf. aus und wenn ja wohin?

Nacken / Hinterkopf  | Hüfte / Beine  links  rechts | Schulter / Arme  links  rechts

4. Kann der Schmerz provoziert werden (Husten, Pressen, bestimmte Körperbewegungen, vibrierende Werkzeuge, Arbeit in kalter Umgebung)?

Nein, entfällt  Ja , und zwar durch: \_\_\_\_\_

5. Ist der Schmerz morgens nach dem Aufstehen besonders stark und bessert sich bei Bewegung?

nein  ja

6. Tritt in arbeitsfreien Zeiten (Nachtruhe, Wochenende, Urlaub) eine Linderung ein?

Nein, entfällt  Ja , und zwar: \_\_\_\_\_

7. Glauben Sie, dass sich ihre Beschwerden bessern, wenn sie die körperlichen Berufsbelastungen verringern?

nein  ja

8. Glauben Sie, dass Sie mit Ihren Beschwerden Ihre Arbeit noch viele Jahre ausüben können?

nein  ja

9. Stimmen Sie der folgenden Aussage zu?

„Wegen meiner Beschwerden sehe ich große berufliche Schwierigkeiten auf mich zukommen.“

nein  ja

Weitere Angaben zur Anamnese (externe Befunde, klinische und bildgebende Diagnostik, bisherige Behandlungen, Rehabilitation, Behinderungen, systemische Erkrankungen, Medikamente):

---



---



---



---



---



---

Datum, Unterschrift Arzt \_\_\_\_\_