

# Arbeitsmedizinische Vorsorge

DGUV Empfehlung „Belastungen des Muskel-Skelett-Systems einschließlich Vibrationen“

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

Familienname  Vorname  Geburtsdatum

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; 10 = schlimmste vorstellbare Schmerzen – bitte ankreuzen)

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

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

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 durch: \_\_\_\_\_

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

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

Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift (Stempel) des Arztes/der Ärztin (ggf. „im Auftrag“ als Zusatz)