|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 🞏Humanmedizin | 🞏Zahnmedizin | 🞏Pharmazie | 🞏Gesundheitswissenschaften | 🞏 Öffentliche Gesundheitsdienste | 🞏Pető A. Fakultät |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NAME: | GEBURTSORT: | GEBURTSDATUM: |
| NAME DER MUTTER: | WOHNSITZ: | TELEFONNUMMER: |
| BEI UNFALL ZU VERSTÄNDIGEN: | | E-MAIL: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Familienanamnese** | | |
| **Bitte unterstreichen Sie, welche der folgenden Krankheiten in Ihrer Familie aufgetreten sind:**  Diabetes / Bluthochdruck / Blutungsneigung / Gelbsucht / Alkoholkrankheit / Tuberkulose / Asthma / psychiatrische Erkrankung / Tumorerkrankung  Falls notwendig, bitte beschreiben Sie die Erkrankung näher: | | |
| **Frühere Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte** | | |
| **Bitte geben Sie durch Unterstreichen an, ob Sie an einer der folgenden Erkrankungen leiden / litten:** Leberentzündung / Syphilis / AIDS / Herpes / sonstige Infektionskrankheiten / Sonstiges: ................................................ | | |
| **Wurden Sie schon einmal im Krankenhaus behandelt?** (wegen chirurgischer Eingriffe, Frakturen usw.) ja / nein  Wenn ja, geben Sie bitte Ihre wichtigsten Krankenhausaufenthalte jeweils mit der Ursache und dem Datum (das Jahr genügt) an: | | |
| **Rauchen**  (bitte unterstreichen):  ja/nein  ............. Zigaretten pro Tag | **Alkoholkonsum** (bitte unterstreichen):  nie / einmal monatlich /  einmal wöchentlich /  mehrmals wöchentlich | **Körperliche Aktivität**  (bitte unterstreichen):  aktiv /  mittelmäßig aktiv /  gar nicht aktiv |
| **Gegenwärtiger Zustand** | | |
| Größe: ......... cm | Gewicht: ........ kg | Blutdruck: ......./....... mmHg |
| **Haben Sie dermatologische Probleme?** (bitte unterstreichen): ja / nein  Wenn ja, unterstreichen Sie bitte die Art des Problems:  Entzündung /Ekzem / Psoriase / Sonstiges: ......................... | | |
| **Sehen:** Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen? ja / nein  Haben Sie sonstige augenärztliche Probleme? | | |
| **Hören:** Haben Sie eine Hörminderung? rechts / links  Tragen Sie ein Hörgerät? rechts / links | | |
| **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?** ja / nein (rezeptpflichtig oder nicht)  Wenn ja, geben Sie bitte die Medikamente an, die Sie einnehmen: | | |
| **Chronische Erkrankungen** | | |
| Benötigen Sie aus irgendeinem Grund regelmäßige medizinische Betreuung? (bitte unterstreichen): ja /nein  Wenn ja, geben Sie bitte eine ausführliche Beschreibung: | | |
| **Haben Sie eine psychische Erkrankung?** ja /nein  Wenn ja, unterstreichen Sie bitte die Art des Problems:  häufiges Weinen / Angstzustände / Schlafstörungen / Müdigkeit / Depression / Sonstiges: .................................  Haben Sie schon einmal Ihr Bewusstsein verloren? ja /nein  Wenn ja, geben Sie bitte eine ausführliche Beschreibung: | | |
| **Sind Sie allergisch gegen etwas?** ja / nein  Wenn ja, unterstreichen Sie bitte die Art der Allergie:  gegen Pollen / gegen Medikamente / gegen Lebensmittel / gegen Sonstiges: .............................  Wenn Sie eine Medikamentenallergie haben, beschreiben Sie diese detaillierter: | | |
| **Schutzimpfungen:** Bitte kreuzen Sie an, ob Sie eine der folgenden Impfungen erhalten haben: | | |
| Hepatitis B (EngerixB, HBVaxII, HBVaxPro) | ja / nein / ich bin mir nicht sicher | Datum (Jahr, Monat) |
| Hepatitis A (Havrix, Vaqta, Avaxim) | ja / nein / ich bin mir nicht sicher | Datum (Jahr, Monat) |
| Kombinationsvakzin (HepA und B, Twinrix) | ja / nein / ich bin mir nicht sicher | Datum (Jahr, Monat) |
|  | | |
| Bitte geben Sie an, wenn Sie zusätzlich zu den oben genannten Informationen weitere Angaben zu Ihrer Gesundheit machen möchten: | | |

Hiermit erkläre ich, dass alle Informationen und Angaben zu meinem Gesundheitszustand, die ich oben gemacht habe, wahrheitsgemäß und korrekt sind, und dass ich alle ansteckenden und schweren, aber nicht übertragbaren Krankheiten, die ich während meines Studiums haben könnte, dem Arbeitsmedizinischen Dienst melden werde.

Ich nehme ferner zur Kenntnis, dass der Arbeitsmedizinische Dienst die erhaltenen Gesundheitsdaten in strikter Übereinstimmung mit dem Gesetz CXII von 2011 über das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und Informationsfreiheit, dem Gesetz XLVII von 1997 über die Verwaltung und den Schutz von Gesundheits- und damit verbundenen personenbezogenen Daten und der Verordnung 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr solcher Daten sowie zur Aufhebung der Verordnung Nr. 95/46/EG (Allgemeine Datenschutzverordnung) verarbeitet.

………………………..……, am …………………………. ............................. 2023

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift