

| | | |
|---------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| Firma | Untersuchungsdatum | |
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| PLZ / Wohnort | Straße / Nr. | Telefon (privat oder mobil) |
| Jetzige / vorgesehene Tätigkeit | Telefon dienstlich | |

Sie werden aufgrund Ihrer beruflichen Tätigkeit regelmäßig oder vor Wiederaufnahme der Tätigkeit untersucht. Zur Unterstützung der ärztlichen Untersuchung bitten wir Sie, nachfolgende Fragen zu beantworten. **Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.** Bitte besprechen Sie Fragen, die Ihnen nicht verständlich sind, mit dem untersuchenden Arzt.

| | | |
|--------------|-----------|---------------|
| Ihr Hausarzt | PLZ / Ort | Telefonnummer |
|--------------|-----------|---------------|

Vorangegangene berufliche Tätigkeiten

| | | |
|-----------|-----------|-------|
| Von – bis | Tätigkeit | Firma |
| | | |
| | | |
| | | |

Welche Persönliche Schutzausrüstung stand / steht Ihnen zur Verfügung?

- Sicherheitsschuhe Handschuhe Schutzhelm Schutzkleidung Hautschutz Schutzbrille
 _____ _____

Liegt eine anerkannte Berufskrankheit oder ein Arbeitsunfall mit Folgeschäden vor? ja nein
Wenn ja: welche/ seit wann?

Liegt eine anerkannt Behinderung / Schwerbehinderung (GdB) vor? ja nein
Wenn ja: welche / seit wann?
 GdB %

Regelmäßige / Gelegentliche Medikamenteneinnahme (auch Schlafmittel!)

| | | | | | | | |
|------|---------|---------|--------|------|---------|---------|--------|
| Name | morgens | mittags | abends | Name | morgens | mittags | abends |
| | | | | | | | |

- Rauchen Sie?** ja nein Wenn ja, wie viel und was? _____ pro Tag
Trinken Sie Alkohol? ja nein Wenn ja, wie viel und was? _____ pro Woche
Nehmen Sie Drogen? ja nein Wenn ja, wie viel und was? _____ pro Woche
Treiben Sie Sport? ja nein Wenn ja, wie viel und was? _____ pro Woche

Impfungen in den letzten 5-10 Jahren? ja nein

Wenn ja, welche?

Ihre Körpergröße: _____ cm Ihr Gewicht? _____ kg

Haben oder hatten Sie jemals folgende Erkrankungen? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- Herzkrankheiten?** (z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Herzklopfenfehler, Herzschwäche, Herzrasen, Schmerzen in der Brust bei körperlicher Anstrengung oder Aufregung) ja nein
- Erhöhter Blutdruck?** ja nein
- Gefäßkrankheiten?** (z.B. Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombose) ja nein
- Lungenkrankheiten?** (z.B: Asthma, Lungentuberkulose, Lungenentzündung, Lungenembolie, Anfälle von Atemnot) ja nein
- Schlafstörungen oder Schlaf-Apnoe-Syndrom?** (Hat jemand bei Ihnen nächtliche Atempausen bemerkt? Leiden Sie unter anhaltender Tagesmüdigkeit? Schlafen Sie gelegentlich tagsüber ein?) ja nein
- Zuckerkrankheit?** (Diabetes mellitus) ja nein
- Schildrüsenerkrankung oder andere Stoffwechselkrankungen?** (z.B. erhöhte Blutfette, Harnsäure?) ja nein
- Neurologische Erkrankungen?** (z.B. Lähmungen, Schlaganfall, epileptische Anfälle, vorübergehende Bewusstseinsstörungen, Seh- oder Sprachstörungen, Gehirnerschütterung) ja nein
- Psychische Erkrankungen?** (z.B. Merkfähigkeits-, Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsstörungen, anhaltende Traurigkeit, Depressionen) ja nein
- Sehstörungen oder Augenkrankheiten?** (z.B. Star, Einschränkungen des Gesichtsfelds, Erhöhte Blendempfindlichkeit, Farbschwäche, Probleme beim Sehen in der Dämmerung) ja nein
- Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?** ja nein
- Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten?** (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Hörstörungen) ja nein
- Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes?** ja nein
- Lebererkrankungen?** (z.B. Gelbsucht, erhöhte Leberwerte) **Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse?** ja nein
- Erkrankung der Nieren oder ableitenden Harnwege/Blase?** ja nein
- Erkrankung des Bewegungsapparates?** (z.B. rheumatische Erkrankungen, Knochenbrüche, Wirbelsäulenbeschwerden, eingeschränkte Beweglichkeit, Taubheitsgefühle in Beinen/Armen) ja nein
- Allergien oder Hautkrankheiten?** (z.B. Heuschnupfen, Hautekzem, Schuppenflechte) ja nein
- Blut- oder Tumorkrankheiten, Infektionserkrankungen, Abwehrschwäche?** ja nein
- Krankenhausaufenthalte, erfolgte oder geplante Operationen?** ja nein
- Leiden Sie an einer anderen, oben nicht erwähnten Krankheit?** (z.B. Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Bewusstlosigkeit, Schmerzen?) ja nein
- Wenn ja, welche?**
-

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben – soweit mir bekannt – vollständig und wahrheitsgemäß sind.

Datum

Unterschrift