

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, Herzklappenfehler, Herz Muskelschwäche, 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

**Schilddrüsenerkrankung oder andere Stoffwechselerkrankungen?** (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