

Firma		Untersuchungsdatum
Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ / Wohnort	Straße / Nr.	Telefon (privat/ 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.

E-Mail Adresse: (Bescheinigungen werden digital versendet)

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

Regelmäßige / Gelegentliche Medikamenteneinnahme (auch Schlafmittel!)

Name des Medikaments	Dosierung

Ihre Körpergröße: _____ cm

Ihr Gewicht? _____ kg

- 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

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

-
- Herzkrankheiten?** (z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Herzklappenfehler, Herzmuskelschwäche, 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 Tumorerkrankungen, 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.

Ort, Datum

Unterschrift