Firma      Untersuchungsdatum      Tätigkeit

Name      Vorname       Geburtsdatum

PLZ / Wohnort       Straße / Nr.

Telefon (privat)       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, Herzrhythmusstörrungen, Herzklappenfehler,  ja nein

Herzmuskelschwäche, Herzrasen, Schmerzen in der Brust bei körperlicher Anstrengung oder Aufregung)

**Erhöhter Blutdruck?** ja nein

**Gefäßkrankheiten?** (z.B. Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombose)  ja nein

**Lungenkrankheiten?** (Z:b: Asthma, Lungentuberkulose, Lungenentzündung, Lungen-  ja nein

embolie, Anfälle von Atemnot)

**Schlafstörungen oder Schlaf-Apnoe-Syndrom?** (Hat jemand bei Ihnen nächtliche  ja nein

Atempausen bemerkt? Leiden Sie unter anhaltender Tagesmüdigkeit? Schlafen Sie gelegentlich tagsüber ein?

**Zuckerkrankheit?** (Diabetes mellitus) ja nein

**Schilddrüsenerkrankung oder andere Stoffwechselerkrankungen?** (z.B. erhöhte  ja nein

Blutfette, Harnsäure?

**Neurologische Erkrankungen?** (z.B. Lähmungen, Schlaganfall, epileptische Anfälle,  ja nein

vorübergehende Bewusstseinsstörungen, Seh- oder Sprachstörungen, Gehirnerschütterung)

**Psychische Erkrankungen?** (z.B. Merkfähigkeits-, Aufmerksamkeits- oder  ja nein

Konzentrationsstörungen, anhaltende Traurigkeit, Depressionen)

**Sehstörungen oder Augenkrankheiten?** (z.B. Star, Einschränkungen des Gesichtsfelds,  ja nein

Erhöhte Blendempfindlichkeit, Farbschwäche, Probleme beim Sehen in der Dämmerung)

**Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?**  ja nein

**Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten?** (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, Hörsturz,  ja nein Hörstörungen)

**Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes?**   ja nein

**Lebererkrankungen?** (z.B. Gelbsucht, erhöhte Leberwerte) **Erkrankungen der** ja nein **Bauchspeicheldrüse?**

**Erkrankung der Nieren oder ableitenden Harnwege/Blase?**   ja nein

**Erkrankung des Bewegungsapparates?** (z.B. rheumatische Erkrankungen, Knochen-  ja nein

Brüche, Wirbelsäulenbeschwerden, eingeschränkte Beweglichkeit, Taubheitsgefühle in Beinen/Armen)

**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,  ja nein

Gleichgewichtsstörrungen, Bewusstlosigkeit, Schmerzen?

**Wenn ja, welche?**

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

     ,

Ort, Datum Unterschrift