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