

Fragebogen zur Vorsorge Infektionsgefährdung / Haut

DRUCKBUCHSTABEN / LESERLICH

Nachname, Vorname m / w / d _____

Geb-Datum, ggf Geb-Name _____

Str/HsNr, PLZ/Ort _____

Telefon _____

Email (für Laborbefunde) _____

Beruf, Firma, Stunden pro Woche _____

GU	24	42	EUS
Mon			
Titer	A	Bc	Bs
Titer	C		

Auf Veranlassung Ihres Arbeitgebers wird bei Ihnen eine arbeitsmedizinische Untersuchung durchgeführt. Diese dient der Erkennung individueller gesundheitlicher Risiken in Verbindung mit Ihrer beruflichen Tätigkeit und somit Ihrem persönlichen Schutz. **Wichtig für Sie:** Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht**, dies gilt insbesondere auch gegenüber Ihrem Arbeitgeber. Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihr Vertrauen!

Vorerkrankungen / Krankengeschichte	Ja	Nein	Ergänzungen
Erkrankungen Muskel-Skelett-Systems? (z.B. Gelenke, Einschränkungen)?			
Erkrankungen der Wirbelsäule und Bandscheiben?			
Erkrankung der Haut (z.B. Neurodermitis, Ekzeme)?			
Bestehen Allergien? Wenn ja - Welche?			
Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)?			
Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Schwindel, Epilepsie, Psyche)?			
Erkrankung des Stoffwechsels (z.B. Schilddrüse, Diabetes mellitus)?			
Erkrankungen Herz-Kreislauf (z.B. Hochdruck, Infarkt, Rhythmusstörungen)?			
Erkrankungen des Bauchraumes (Magen, Leber, Niere, Darm)?			
Sonstige chronische Krankheiten oder Gesundheitsstörungen?			
Suchterkrankungen (Alkohol, Rauschmittel, Medikamente)?			
Besteht eine Schwerbehinderung? Wenn ja, Ursache und GdB angeben!			
Fühlen Sie sich derzeit gesund und beschwerdefrei?			
Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja - weshalb?			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja: Name und Dosierung? (Ggf. Freitextfeld auf der Rückseite nutzen)			

Für die Richtigkeit der Angaben / Hinweise zum Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass für die Behandlung erforderliche Daten wie z.B. Name, Geburtsdatum und Geschlecht an Dienstleister weitergegeben werden—z.B. für Laboruntersuchungen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Wenn ich eine Emailadresse angegeben habe an die Laborbefunde verschickt werden, bin ich damit einverstanden, dass die E-Mail unverschlüsselt versendet wird. Mir ist bewusst, dass dies ein Risiko für die Vertraulichkeit sein kann. Die Hinweise zum Datenschutz liegen aus. **Zudem bestätige ich, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.**

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Befund / Anamnese: keine Unverträglichkeit mit Arbeitsstoffen/-mitteln Haut intakt ergonomisch o.p.B.

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg RR _____ / _____ mmHg HF: _____ /min TdaP GI _____ / NI _____

_____ Hep A _____ / B _____

_____ MMR _____ / _____