

# Gesundheitsfragebogen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge

DRUCKBUCHSTABEN / LESERLICH

Nachname, Vorname                      m / w / d \_\_\_\_\_

Geb-Datum, ggf Geb-Name                      \_\_\_\_\_

Str/HsNr, PLZ/Ort                      \_\_\_\_\_

Telefon                      \_\_\_\_\_

Email (für Laborbefunde)                      \_\_\_\_\_

Firma, Tätigkeit, Schichtarbeit?                      \_\_\_\_\_

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
Bestehen oder bestanden früher berufsbedingte gesundheitliche Probleme?			
Besteht eine Schwerbehinderung? Wenn ja, Ursache und GdB angeben!			
Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor? Wenn Ja, MdE in % angeben!			
Waren Sie in einer Kur oder Reha? Wenn Ja, wann zuletzt?			
Erkrankung der Augen (z.B. Kurz- oder Weitsichtigkeit)?			
Erkrankung der Ohren (z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit)?			
Erkrankung des Stoffwechsels (z.B. Schilddrüse, Diabetes mellitus)?			
Erkrankungen Herz-Kreislauf (z.B. Hochdruck, Infarkt, Rhythmusstörungen)?			
Erkrankung der Atemwege, Lunge oder Rippenfell (z.B. Asthma, COPD)?			
Erkrankungen des Bauchraumes (Magen, Leber, Niere, Darm)?			
Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV)?			
Erkrankungen der Wirbelsäule und Bandscheiben?			
Erkrankungen Muskel-Skelett-Systems? (z.B. Gelenke, Einschränkungen)?			
Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Schwindel, Epilepsie, Psyche)?			
Bestehen Allergien? Wenn ja - Welche?			
Erkrankung der Haut (z.B. Neurodermitis, Ekzeme)?			
Suchterkrankungen (Alkohol, Rauschmittel, Medikamente)?			
Rauchen Sie? Wenn ja - seit wie vielen Jahren?			
Gibt es in (gehäuft) Krebserkrankungen bei Ihnen oder Angehörigen I° ?			
Sonstige chronische Krankheiten oder Gesundheitsstörungen?			
Stationäre Krankenhausaufenthalte (z.B. Operationen, Unfälle)?			
Aktueller Gesundheitszustand	Ja	Nein	Ergänzungen
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)			

Bitte wenden

Freitextfeld für weitere Ergänzungen :

---

---

---

---

### 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 das ein Risiko für die Vertraulichkeit sein kann.

Die Hinweise zum Datenschutz liegen aus und können jederzeit eingesehen werden.

**Ich bestätige, dass alle meine Angaben vollständig und richtig sind.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### ----- Wird ab hier vom Personal ausgefüllt -----

Test	Rechts	Links	Binokular	Test	Rechts	Links	Binokular	FeV
Ferne/Brille: _____				Amsler	<input type="checkbox"/> Ok	<input type="checkbox"/> Ok		F:0,8/0,8/1,0 A1 (FFZ)
BAP/Brille: _____				Kontrast (25)				F:0,63/0,5/0,8 FNU: idem
Nähe/Brille: _____				Stereotest (25)				N:0,63/0,5 A2 (PKW)
Phorie	<input type="checkbox"/> Ok	<input type="checkbox"/> Exophorie	<input type="checkbox"/> Esophorie	Gesichtsfeld (25)	<input type="checkbox"/> Ok			F:0,5/0,5 FNU:
Farbtest	<input type="checkbox"/> Ok			Gehör / Flüster	<input type="checkbox"/> bds ok			0,4/0,4/0,63 N:0,4/0,4

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

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg RR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg HF: \_\_\_\_\_ /min PersoNr: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

GU					
Mon					
Tit	A	Bc	Bs	C	
Tit					

Scan  Erfassung komplett