

Vorerkrankungen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

Sehr geehrter Mitarbeiter*In,

die Antworten auf die folgenden Fragen bilden zusammen mit der Untersuchung und dem Gespräch mit dem/r Betriebsarzt*in die Grundlage für die Auswahl eines für Sie geeigneten Arbeitsplatzes.

Den gewissenhaft ausgefüllten Fragebogen legen Sie bitte bei der ärztlichen Untersuchung vor. Ihre Angaben und die Untersuchungsbefunde werden vom Betriebsarzt entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich behandelt.

Allein das abschließende Urteil über die Arbeitsplatzeignung wird der Firma zur Kenntnis gebracht.

Hatten Sie einmal eine Berufserkrankung oder haben Sie einmal den Arbeitsplatz aus Gesundheitsgründen gewechselt? Ja Nein

Bestehen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit? Ja Nein

Bestehen Beschwerden beim Tragen der/s Sicherheitsschuhe / Schutzhelms / Gehörschutzes oder sonstiger pers. Schutzausrüstung? Ja Nein

Haben Sie gesundheitliche Beschwerden durch Nachschichttätigkeit? Ja Nein

Fühlen Sie sich tagsüber oft sehr müde, schlafen Sie tagsüber ungewollt ein oder ist die Nachtruhe nicht erholsam? Ja Nein

Kommt es vor, dass Sie laut und unregelmäßig schnarchen? Ja Nein

Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE, Berufsgenossenschaft) oder ein Grad der Behinderung (GdB, Versorgungsamt) vor? Wenn ja, wieviel und besteht diese auf Dauer? Ja Nein

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Haben oder hatten Sie... Ja Nein

Augenerkrankungen? Ja Nein

Ohrenerkrankungen, Schwerhörigkeit, „Ohrenlaufen“? Ja Nein

Häufige Hals- oder Mandelentzündungen? Ja Nein

Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzerkrankungen (z. B. Herzfehler, Infarkt, Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße, Herzbeklemmung), Druck auf der Brust?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie unter hohem Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Krampfadern, Thrombose, Venenentzündung, Embolie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben / Hatten Sie wiederholt oder länger anhaltenden Husten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben / hatten Sie Kontakt mit an Tuberkulose-Erkrankten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Asthma oder Atemnot zum Beispiel bei Kälte oder bei Belastung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Heuschnupfen oder andere Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Magen- oder Darmerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Verdauungsstörungen (z. B. Durchfall oder Verstopfung)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Bewusstlosigkeit, Ohnmacht, Kreislaufkollaps?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Depression, Zwangshandlungen oder Angsterkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Abhängigkeitserkrankung (Alkohol, Drogen, Medikamente, Spielsucht)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben / hatten Sie Epilepsie, Lähmungen, Psychosen, Nervenentzündungen, Gehirn- oder Hirnhautentzündungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben / hatten Sie Wirbelsäulenverkrümmung und andere Wirbelsäulenerkrankungen, wiederholt Hexenschuss, Bandscheibenschaden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben / hatten Sie Erkrankungen der Knochen oder Gelenke?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht Gicht, Zucker-, andere Stoffwechsel- oder Rheumakrankheiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben / hatten Sie Leber- oder Gallenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beschwerden beim Wasserlassen, Blasen- oder Nierenerkrankungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Hauterkrankungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben / hatten Sie Erkrankungen des Blutes? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie jemals im Krankenhaus oder zur Kur (z. B. Operationen, Unfälle, Anschlussheilbehandlung, Entgiftung, Entwöhnungsbehandlung)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich versichere mit meiner Unterschrift, vorstehende Fragen richtig und vollständig beantwortet zu haben.

Ort,

Datum

Unterschrift