

## 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 Arbeitsplatzzeignung wird der Firma zur Kenntnis gebracht.

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Hatten Sie einmal eine Berufserkrankung oder haben Sie einmal den Arbeitsplatz aus Gesundheitsgründen gewechselt?</b>  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Bestehen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Bestehen Beschwerden beim Tragen der/s Sicherheitsschuhe / Schutzhelms / Gehörschutzes oder sonstiger pers. Schutzausrüstung?</b>  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Haben Sie gesundheitliche Beschwerden durch Nachtschichttätigkeit?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Fühlen Sie sich tagsüber oft sehr müde, schlafen Sie tagsüber ungewollt ein oder ist die Nachtruhe nicht erholsam?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Kommt es vor, dass Sie laut und unregelmäßig schnarchen?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE, Berufsgenossenschaft) oder ein Grad der Behinderung (GdB, Versorgungsamt) vor? Wenn ja, wieviel und besteht diese auf Dauer?</b> | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Haben oder hatten Sie...</b>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Augenerkrankungen?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Ohrenerkrankungen, Schwerhörigkeit, „Ohrenlaufen“?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Häufige Hals- oder Mandelentzündungen?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

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

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

Ort,

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift