

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.

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 Nachtschichttätigkeit? ☐ 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

Haben oder hatten Sie... ☐ Ja ☐ Nein

Augenerkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein

Ohrenerkrankungen, Schwerhörigkeit, „Ohrenlaufen“? ☐ Ja ☐ Nein

Häufige Hals- oder Mandelentzündungen? ☐ Ja ☐ 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