

# Patientenfragebogen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Führerschein:  PKW  LKW

Fremdfirma:

derzeitige Tätigkeit:

## Eigenanamnese

Größe	cm	Gewicht	kg
-------	----	---------	----

Gesundheitliche Störungen	ja	nein
---------------------------	----	------

Augenkrankheiten / Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrenkrankheiten / Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / Bronchitis / Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz / Kreislauf / Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen / Darmbeschwerden (z.B. Geschwüre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber / Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niere / Blase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht / Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skelettsystem / Wirbelsäule / Gliedmaßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerven- / Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien (z.B. Hautausschläge, Heuschnupfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebskrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholkonsum täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmäßig Sport (> 2x pro Woche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wer sind Ihre behandelnden Ärzte?

Medikamente:

Operationen:

Schwere Unfälle (Wann? / Welche?):

Kuren / Heilverfahren:

Rente (auch Unfall- / BK-Rente):

GdB (Grad der Behinderung):

# Patientenfragebogen

## Arbeitsanamnese

erlernter Beruf:

frühere Arbeitsplätze:

**Waren Sie bei früheren Arbeiten folgenden Einwirkungen ausgesetzt:** **ja** **nein**

Hitze / Kälte / Nässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erschütterungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lösemittel / chemische Stoffe (z.B. Blei)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asbeststaub / sonstige Stäube / Rauch / Abgase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strahlen (z.B. ionisierende, radioaktive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machen Sie regelmäßig Überstunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Wechselschicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verrichten Sie Akkordarbeit / Taktarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsplatzwechsel aus gesundheitlichen Gründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Einverständniserklärung

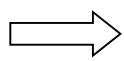
Wir werden heute arbeitsmedizinische Eignungsuntersuchungen bei Ihnen durchführen. Wir möchten, dass Sie wissen, dass Befunde (z.B. Laborwerte oder Diagnosen) Ihrem Arbeitgeber dabei nicht mitgeteilt werden.

Lediglich das Ergebnis der Untersuchung wird in festgelegter Form Ihrem Arbeitgeber übermittelt, dabei sind ausschließlich folgende Aussagen (*der Text in den Klammern dient nur der Erläuterung und wird nicht mit übermittelt*) möglich:

- **Keine Bedenken** – (*Es sind keine Einschränkungen notwendig*)
- **Keine Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen** – (*Es ist z.B. notwendig, beim Steuern von Fahrzeugen eine Sehhilfe zu tragen*)
- **Befristete Bedenken** – (*Es gibt Gründe, die vorgesehene Tätigkeiten aus Gründen des Eigen- oder Fremdschutzes vorübergehend nicht auszuüben*)
- **Dauerhafte Bedenken** – (*die vorgesehene Tätigkeit kann dauerhaft nicht mehr ausgeübt werden, z.B. das Tragen von schwerem Atemschutz bei einer schweren Lungenerkrankung*)

Wenn Sie einverstanden sind, können wir die Ergebnisse (in der obigen Form) aber auch direkt an Ihren Arbeitgeber versenden, hierfür benötigen wir Ihr Einverständnis. Sollten Sie mit der direkten Weiterleitung nicht einverstanden sein, erhalten Sie Ihr Untersuchungsergebnis persönlich ausgehändigt und übernehmen selbst die Verantwortung für die Weiterleitung.

**Ich bin mit einer Weitergabe der oben beschriebenen Resultate an den Arbeitgeber einverstanden.**



**Ja**       **Nein**  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)