

# Patientenfragebogen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Führerschein: ☐ PKW

☐ LKW

Fremdfirma:

derzeitige Tätigkeit:

## Eigenanamnese

Größe

cm

Gewicht

kg

### Gesundheitliche Störungen

ja

nein

Augenkrankheiten / Sehstörungen

☐☐

Ohrenkrankheiten / Hörstörungen

☐☐

Schilddrüsenerkrankungen

☐☐

Asthma / Bronchitis / Tuberkulose (Tbc)

☐☐

Herz / Kreislauf / Blutdruck

☐☐

Magen / Darmbeschwerden (z.B. Geschwüre)

☐☐

Leber / Galle

☐☐

Niere / Blase

☐☐

Zucker (Diabetes)

☐☐

Gicht / Rheuma

☐☐

Skelettsystem / Wirbelsäule / Gliedmaßen

☐☐

Nerven- / Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)

☐☐

Hauterkrankungen

☐☐

Allergien (z.B. Hautausschläge, Heuschnupfen)

☐☐

Krebserkrankungen

☐☐

sonstige Erkrankungen:

☐☐

Raucher? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag \_\_\_\_\_

☐☐

Alkoholkonsum täglich

☐☐

Drogenkonsum

☐☐

Regelmäßig Sport ( > 2x pro Woche)

☐☐

Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?

☐☐

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?

☐☐

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

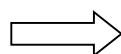
Wir werden heute arbeitsmedizinische Eignungsuntersuchungen bei Ihnen durchführen. Wir möchten, dass Sie wissen, dass Befunde (z.B. Laborwerte oder Diagnosen) Ihrem Arbeitgeber dabei **nicht** mitgeteilt werden.

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)

Ort / Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Werksarzt