

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Liebe Mitarbeiterin, lieber Mitarbeiter,

damit ich einen Überblick über Ihre gesundheitliche und berufliche Situation erhalte, bitte ich Sie um folgende Angaben, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen!

Arbeitsplatz: _____ Probleme: ja: _____ nein

Arbeitsplatzsituation:

Bildschirmarbeit ja: _____ Std./Tag nein Steuern Maschinen/ Fahrzeuge: ja: _____ nein
 Infektionsgefahr ja: _____ nein Handschuhe: ja, Art: _____ Std./ Tag: _____ nein
 Atemschutz ja, Art: _____ nein Absturzgefahren: ja, Höhe: _____ m nein
 Stäube/ Giftstoffe ja, Art: _____ nein Hitze/ Kälte ja, Art: _____ nein
 Heben/ Tragen: ja, Gewicht: _____ kg nein Körperzwangshaltungen ja, Art: _____ nein

Vorerkrankung ja: _____ nein

Allergien: ja: _____ nein
auf Hühnereiweiß auf Medikamente: _____

Sport: ja: _____ nein Nikotin: ja: _____ Zig./Tag, seit: _____ Jahren nein

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Alkohol: ja, wie oft/ was? _____ nein

Liegen folgende Erkrankungen vor:

Stoffwechselerkrankungen? (z.B. Diabetes, Schilddrüse, Blutfette) ja nein
 Herz-/ Kreislauferkrankungen? (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck) ja nein
 Lungenerkrankungen? (z.B. Asthma, COPD) ja nein
 Bewegungsapparat (z.B. Rücken-/ Gelenkerkrankungen) ja nein
 Nervenerkrankungen? (z.B. Lähmungen, Epilepsie) ja nein
 Seelische Erkrankungen? (z.B. Depression, Ängste) ja nein
 Augen- oder Ohrerkrankungen? (z.B. Seh-/ Hörstörungen) ja nein
 Hauterkrankungen? (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautkrebs) ja nein

Regelmäßig eingenommene Medikamente:

Medikament:	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Welche Infektionskrankheiten haben Sie erlitten?

Masern Mumps Röteln Windpocken Keuchhusten Hepatitis HIV

Letzte Impfungen: Tetanus: _____ Hepatitis: _____ Grippe: _____
 Covid19: _____ Sonstige: _____

Vielen Dank!

Ich möchte keine Angaben machen! _____ Datum, Unterschrift

Hinweis: Eignungsuntersuchungen verpflichten Sie zu vollständigen und wahrheitsgemäßen Angaben!

Alles Gute wünscht Ihr Betriebsarzt!