

<b>Angaben zur Person</b>	<b>Gesundheitsfragebogen</b> <b>Angaben sind freiwillig</b>			(alle)
Geburtsdatum				
Familienname	Vorname			
Geburtsname				
Straße	PLZ und Ort			
<b>Angaben zum Arbeitgeber</b>				
Name				
Straße				
PLZ und Ort				
<p>Mit diesem Fragebogen will Ihr Betriebsarzt Zeit gewinnen - für Sie!                  Helfen Sie ihm durch sorgfältiges Ausfüllen! Das persönliche Gespräch ist wichtig und soll durch diesen Fragebogen nicht ersetzt werden. Der Betriebsarzt will sich mit Ihnen ebenso aussprechen, wie Sie vielleicht auch Fragen an ihn richten wollen. <b>Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Dies gilt auch für Ihre Angaben in diesem Fragebogen. Ihre Angaben werden elektronisch gespeichert und unterliegen dem Datenschutzgesetz.</b></p>				
<b>Erkrankungen in der FAMILIE</b>				
	ja	nein	fraglich	Bemerkungen
Bluthochdruck				
Asthma				
Zucker				
Herz-Kreislauf				
Haut				
Andere Leiden (Gicht, Rheuma, Krebs usw.)				
<b>EIGENE Erkrankungen</b>				
<b>Stehen oder standen Sie in ärztlicher Behandlung wegen...</b>				
der Augen				
der Ohren				
der Schilddrüse				
des Herzens, Kreislauf oder Bluthochdrucks				
der Lunge, Bronchien oder des Rippenfells				
der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse				
des Magens oder Darms				
der Nieren oder Blase				
des Unterleibes				
der Wirbelsäule				
der Gelenke				
der Nerven				
der Haut				
einer Allergie				
einer Vergiftung				
einer Zuckerkrankheit				
einer Infektionskrankheit (z.B. Tuberkulose oder Hep)				
eines Anfallsleidens (z.B. Epilepsie)				
eines Schlafapnoe-Syndroms?				
einer Bluterkrankung				
einer Krebserkrankung				
Fühlen Sie sich zurzeit gesund?	ja	nein	Größe	cm
Falls nein:			Gewicht	kg
Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?				

Zentrum \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_



	ja	nein	Bemerkungen
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trinken Sie täglich Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie Unfälle mit erheblichen Verletzungsfolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurden Ihnen Kuren gewährt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grad der Behinderung:	_____		
Beziehen Sie Rente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
In welchem Jahr sind Sie zuletzt geröntgt worden?	_____		

**Angaben zum Arbeitsplatz**

**Tragen Sie bei der Arbeit bisher:**

Atemschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehörschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Strahlenschutzbekleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere Arbeitsschutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Waren oder sind Sie bei der Arbeit ausgesetzt:**

Lösemittel (Verdünnung usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kunststoffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klebern / Vergussmasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chemischen Stoffen (Blei, Quecksilber usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kälte, Hitze, Nässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Röntgenstrahlen oder anderen Strahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erschütterungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Überdruck (Druckluft, Taucherarbeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stäuben (Quarz, Asbest, andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Sonstige Merkmale Ihrer Arbeit:**

Bildschirmtätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Überstunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schichtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungslohn (z.B. Akkord)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwerarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einseitige Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gefährliche Arbeiten (z.B. Maschinen, Absturzgefahr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sind Sie bereits früher arbeitsmedizinisch untersucht worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---	--------------------------	--------------------------	--

Erlerner Beruf:	
Andere ausgeübte Tätigkeiten:	
Jetzige Tätigkeit/ ausgeübter Beruf:	