



Fragebogen zur Vorgeschichte (sollten Sie ausgefüllt zur arbeitsmed. Vorsorge oder Tauglichkeitsuntersuchung mitbringen. Ihre Daten zur beruflichen Tätigkeit und Krankheitsvorgeschichte erleichtern ihrem Betriebsarzt die Beurteilung und Beratung. Tel.-Nummern bitte nur angeben, falls telefonische Rücksprache gewünscht oder erforderlich ist. *Dieser Bogen verbleibt beim Arzt*)

Arbeitsmedizinische Vorsorge: G15, G20, G24, G37, G38, G42, Sonstige _____

Tauglichkeits-/Eignungsuntersuchung: Einstellung, Fahrtauglichkeit, Absturz, Strahlung, Atemschutz, Auslandsaufenthalt
möglichst vom Arbeitgeber anzumelden.....

Name, Vorname _____ Geb. Datum _____

Straße + Hausnummer + PLZ + Wohnort _____ Tel.-Nr. _____

Betrieb _____ eingestellt am/zum _____ Tel.-Nr: _____

Beruf: _____ vollschichtig Teilzeit geringfügig Leiharbeiter/in

Berufliche Vorgeschichte (bei Erstuntersuchung oder Änderungen seit dem letzten Arztkontakt, ggf. auf zusätzlichem Blatt):

Zeitraum	Arbeitgeber	Tätigkeit	gesundheitl. Arbeitsplatzwechsel?

Krankheitsvorgeschichte (beide Spalten ausfüllen):

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen oder Auffälligkeiten:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nein Bronchialasthma; | <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nein Bluthochdruck; |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nein Magen-/ Darmleiden; | <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nein Herzkrankheit, Herzschmerzen, Rhythmusstörungen? |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nein Steinleiden der Galle oder Niere; | <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nein Bewusstlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nein Blutzuckererkrankung (Diabetes); | <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nein Schwindel oder Gleichgewichtsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nein Unterzuckerung (Hypoglykämie); | <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nein Anfallsleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nein Schlafstörungen <input type="checkbox"/> nur bei Nachtschicht | <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nein anderes Nerven- oder Gemütsleiden |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nein Rückenbeschwerden/-erkrankung; | <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nein Seh- oder <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nein Hörstörungen? |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nein Krebserkrankung oder eine Störung der Körperabwehr? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nein Allergien _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> Nein Nehmen sie Medikamente? _____ | |

Alkoholkonsum: nie selten regelmäßig

Ja Nein **Nehmen Sie Drogen?** Welche: _____

Ja Nein **Rauchen Sie;** Ja Nein **Haben Sie Husten;** Ja Nein **Haben Sie Auswurf;**

bei Erstuntersuchung oder Änderungen: **Angaben zu ernstlichen Vorerkrankungen oder Operationen:**

Zeitraum	Erkrankung	Behandlungsort/ Arzt	Behandlung/ Komplikationen

Weitere Angaben können auf einem zusätzlichen Blatt gemacht werden, falls der Platz nicht ausreicht.

Ja Nein **Andere Gesundheitsthemen die Sie besprechen möchten?** _____

Vor wieviel Stunden haben Sie zuletzt gegessen oder süßes getrunken? _____ Stunden.

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum, Unterschrift



- - - Bitte hier ausfüllen, wenn Seite 1 nicht schon von Ihnen ausgefüllt wurde - - -

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße + Hausnummer + PLZ + Wohnort

Tel.- Nr.

Betrieb

eingestellt am/zum

Tel.-Nr:

Beruf: _____ vollschichtig Teilzeit geringfügig Leiharbeiter/in

Rechtliches (vor Unterschrift sind Rückfragen möglich)

Seite 2

1. Ich stimme der Übermittlung der ‚Bescheinigung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge‘ und/oder ‚Eignungsuntersuchung‘ mit der Angabe ob **gesundheitliche Bedenken** hinsichtlich der ausgeübten oder zukünftig auszuübenden Tätigkeit **bestehen** und welche Schutzmaßnahmen bei der Arbeit zu berücksichtigen sind - **unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht ohne Angaben zu Erkrankungen** – an meinen Arbeitgeber zu.

Ort, Datum, Unterschrift

2. Ich willige ein, dass meine **personenbezogenen Daten** für die Erledigung der vom Gesetzgeber dem Betriebsarzt vorgeschriebenen Aufgaben (Arbeitssicherheitsgesetz, ArbMedVV, FEV, RöV), - **unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht** - in digitaler Form gespeichert und bearbeitet werden.

Ort, Datum, Unterschrift