

Fragebogen zur arbeitsmedizinischen Untersuchung:

Name; Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Privatadresse: _____

Tätigkeit: _____ (Telefon): _____

Arbeitgeber: _____ Seit Wann im Unternehmen: _____

Bitte wahrheitsgemäß ankreuzen:

Haben Sie Umgang mit Maschinen (Steuertätigkeiten) bzw. Fahrtätigkeiten (PKW, LKW, Stapler):

Nein / Ja, Welche: _____

Belastungen am Arbeitsplatz: Lärm, Gefahrstoffe, Hautbelastung, Schweres Heben

Im Zusammenhang mit gesundheitliche Beschwerden: _____

Benötigen Sie eine Brille/Kontaktlinsen? Nein / Ja : Nahbrille, Fernbrille, Gleitsicht

Sind Sie in Augenärztlicher Behandlung? Nein / Ja

Vorerkrankungen:

Keine bekannt

- Bewußtseins-, Gleichgewichtsstörung, Anfallsleiden
- Schlaganfall, Psychiatrische Behandlung (Geisteskrankheit)
- Wachheitsbeeinträchtigung, Sekundenschlaf, Schläfstörung
- Schlafbezogene Atemstörungen (Nächtliche Atemaussetzer)
- Chronische Atemwegserkrankungen (Asthma / COPD)
- Bluthochdruck
- Herzstechen, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen
- Alkohol- oder Drogenmissbrauch
- Bandscheibenerkrankungen
- Funktionsstörung / Kraftminderung der Arme oder Beine
- Regelmäßige Kopfschmerzen / Migräne
- Blutzuckererkrankung
- Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente:

Nein / Ja, Welche: _____

Die von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben:

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____