



Numele:

Prenumele:

Data nasterii:

Firma:

Vă rugăm să răspundeți la întrebări cât mai exact, bifând caseta corespunzătoare și subliniind sau completând, dacă este necesar. Dacă nu sunteți sigur la întrebări, lăsați-le fără răspuns. Întrebările pot fi clarificate în discuția cu medicul. Chestionarul servește ca pregătire pentru o conversație personală între dvs. și medicul dvs.

Informațiile dvs. sunt supuse confidențialității medicale și în nici un caz nu vor fi comunicate altei persoane.

I. Anamneza:	DA	NU
Aveți probleme de sănătate la locul de muncă?	☐	☐
- dacă DA-care:		
Ați avut accidente cu urmări grave?	☐	☐
- dacă DA-care:		
Aveți un grad de handicap?	☐	☐
- dacă DA-care:		
II. Suferiți sau ați suferit de următoarele boli?	DA	NU
boli de ochi (Miopie)	☐	☐
- purtați ochelari sau lentile de contact?	☐	☐
boli de urechi (Surditate, tinitus)	☐	☐
- purtați aparat de auz?	☐	☐
boli de glanda tiroidă?	☐	☐
boli cardiovasculare (infart cardiac, tensiune arterială)	☐	☐
boli pulmonare (tuberculoză, astm bronșic)	☐	☐
boli de ficat, vezică biliară, pancreas (Hepatită)	☐	☐
boli de stomac sau intestin (gastrită, ulcer)	☐	☐
Diabetul zaharat	☐	☐
- dacă DA - injectați insulină?	☐	☐
boli de rinichi, vezică urinară	☐	☐
boli ale coloanei vertebrale (hernie de disc)	☐	☐
boli articulare (reumatism, artroză)	☐	☐
boli de nervi (ameteala, migrena, epilepsie, accidente vasculare)	☐	☐
boli psihice (schizofrenie, demență)	☐	☐
boli de piele (eczeme, psoriazis)	☐	☐

Numele: _____	DA	NU
Alergii? - daca DA- care?	☐	☐
Aveti tulburari de respiratie legate de somn (apnee de somn)	☐	☐
- sunteți uneori foarte obosit în timpul zilei?	☐	☐
- Ați adormit vreodată câteva secunde în timp ce lucrați?	☐	☐
- Ați adormit vreodată în timp ce conduceți un vehicul?	☐	☐
Aveti alte boli cronice sau probleme de sanatate - daca DA-care?	☐	☐
• Ati fost vreodata internat in spital (operatii, accidente) – daca DA-cind si de ce	☐	☐
III. Starea actuală de sănătate:	DA	NU
• Va simtiti in momentul de fata sanatos? - daca NU-ce probleme aveti?	☐	☐
• Va aflati in tratament medical? - daca DA-de ce:	☐	☐
• Luati medicamente in mod regulat? - daca DA-care:	☐	☐
• Consumati alcool?	☐	☐
• Fumati?	☐	☐
• Consumati droguri?	☐	☐
• Pentru femei: Exista posibilitatea sa fiti insarcinata	☐	☐

- Prin prezenta, declar că am răspuns la toate întrebările in mod sincer și corect.
- Sunt de acord cu stocarea electronică a datelor mele.
- Sunt de acord ca angajatorului meu să îi fie transmise certificatele medicale (control medical preventiv, aptitudine, capacitate de muncă).
- Toate informațiile sunt supuse confidențialității medicale. Dezvăluirea datelor mele personale necesită permisiunea mea scrisă.

Regensburg, _____

_____ *semnatura*