



Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Arbeitgeber:

Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst genau und vollständig indem Sie das zutreffende ankreuzen und ggf. unterstreichen bzw. ergänzen. Wenn Sie sich bei der Beantwortung der Fragen unsicher sind, lassen Sie sie diese bitte unbeantwortet. Offene Fragen können im Gespräch mit dem Betriebsarzt geklärt werden. Der Fragebogen dient als Vorbereitung zum persönlichen Gespräch zwischen Ihnen und Ihrem Betriebsarzt. Hierzu benötigen wir u. a. auch Angaben über Ihre Vorgeschichte.

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden keinesfalls dem Arbeitgeber mitgeteilt. Dieser wird lediglich informiert, ob arbeitsmedizinische Bedenken gegen eine Beschäftigung bestehen oder nicht.

I. Eigenanamnese:	JA	NEIN
Haben / hatten Sie gesundheitliche Beschwerden am Arbeitsplatz?	☐	☐
- wenn JA – welche:		

Hatten Sie Unfälle mit erheblichen Verletzungsfolgen?	☐	☐
- wenn JA – welche:		

Besteht eine Schwerbehinderung? Ursache und GdB in %	☐	☐
- wenn JA – welche:		

Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor? MdE in %	☐	☐
- wenn JA – welche:		

II. Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? (Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen)	JA	NEIN
der Augen (z.B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit)	☐	☐
- tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen	☐	☐
der Ohren (z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus)	☐	☐
- tragen Sie ein Hörgerät	☐	☐
der Schilddrüse (z.B. Überfunktion, Unterfunktion)	☐	☐
des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkte, Bluthochdruck)	☐	☐
der Atemwege (z.B. Tuberkulose, Asthma)	☐	☐
der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z.B. Virushepatitis)	☐	☐
des Magens, Darms (z.B. Schleimhautentzündung, Geschwür)	☐	☐
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	☐	☐
- wenn JA – spritzen Sie Insulin?	☐	☐
der Nieren, Blase (z.B. Koliken)	☐	☐
der Wirbelsäule (z.B. Bandscheibenleiden)	☐	☐
der Gelenke (z.B. Rheuma, Arthrose, Gelenkimplantate)	☐	☐

Familienname: _____	JA	NEIN
des Nervensystems (z.B. Schwindelanfälle, Migräne, Epilepsie, Schlaganfall)	☐	☐
der Psyche (Gemüts- oder Geisteskrankheiten)	☐	☐
der Haut (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme)	☐	☐
Heuschnupfen, Allergien	☐	☐
- wenn JA – welche?	☐	☐
• Bestehen unbehandelte schlafbezogene Atemstörungen (Schlaf-Apnoe)	☐	☐
- setzt Ihr Atem manchmal nachts aus, oder berichtet Ihr Partner darüber?	☐	☐
- sind Sie manchmal tagsüber sehr müde?	☐	☐
- sind Sie schon einmal während der Arbeit für einige Sekunden eingeschlafen?	☐	☐
- sind Sie beim Steuern eines Fahrzeugs schon einmal kurz eingeschlafen?	☐	☐
• Sonstige chronische Krankheiten oder Gesundheitsstörungen	☐	☐
- wenn JA – welche?		
• Stationäre Krankenhausaufenthalte (z.B. Operationen, Unfälle) – wenn JA Art der OP und wann	☐	☐
III. Jetziger Gesundheitszustand:	JA	NEIN
• Fühlen Sie sich derzeit gesund und beschwerdefrei?	☐	☐
- falls NEIN – welche Beschwerden haben Sie?		
• Befinden sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?	☐	☐
- falls JA – wegen:		
• Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐	☐
- falls JA – Name und Dosierung angeben:		
• Besteht häufiger Genuss von Alkohol?	☐	☐
• Rauchen Sie?	☐	☐
• Nehmen Sie Drogen?	☐	☐
• Besteht eine Schwangerschaft Ja/Nein/ fraglich	☐	☐

- Hiermit erkläre ich, dass ich auf diesem Fragebogen alle für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes bedeutsamen Fragen, vor allem diejenigen nach körperlichen und geistigen Gebrechen, wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

- Mit der elektronischen Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden.

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die ärztlichen Bescheinigungen über Vorsorge, Eignung und Tauglichkeit an meinen Arbeitgeber übermittelt werden.

- Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten bedarf meiner schriftlichen Genehmigung. Die erhobenen Daten unterliegen der jeweils gültigen DSGVO.

Regensburg, _____

Unterschrift