

Arbeitsmedizinische Untersuchung vom bei Tätigkeiten, die das Tragen von Atemschutzgeräten fordern

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Telefon:
Anschritt: ,	
Arbeitgeber:	

Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Angaben aus diesem Fragebogen werden elektronisch gespeichert und unterliegen der Datenschutzgrundverordnung.

Anlass der Eignungsuntersuchung

	Erste	weitere	
Führerscheinuntersuchung nach FeV			
LKW (C, C1, CE, C1E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bus (D, D1, DE, D1E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Personenbeförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sportbootführerschein			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fahr-/Steuer-/Überwachungstätigkeiten (gemäß G25)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Absturzgefährdung (gemäß G41)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?

Haben oder hatten Sie gesundheitliche Einschränkungen im Bereich:

	JA	NEIN	
Herz-Kreislauf			
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Engegefühl im Brustkorb			
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schrittmacher/Defi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Herz-Kreislauserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungen- oder Bronchien			
Asthmaanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COPD – chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaf			
Probleme beim Ein-/Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafapnoe / Schlafmaske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sekundenschlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stoffwechsel			
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterzuckerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Warnsymptome bei Unterzuckerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krankenhaus wegen Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Stoffwechselerkrankungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nerven bzw. Psyche			
Depression, Schizophrenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	JA	NEIN	
Einschränkungen, die bisher nicht abgefragt wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Taubheitsgefühle, Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hörverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bewegungseinschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Was und wie häufig/wieviel			
Nehmen Sie regelmäßig Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Was und wie häufig/wieviel			
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wieviel			
Aufgehört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche, Dosierung?			
Liegt eine Erwerbsminderung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liegt ein Grad der Behinderung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Mir ist bewusst, dass meine Daten streng vertraulich behandelt und elektronisch gespeichert werden. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes (Datenschutz-Erklärung der Praxis einsehbar). Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen wahrheitsgemäß gemacht.

Name:

Vorname:

Ort, Datum

Unterschrift