

FRAGEBOGEN ZUR BETRIEBSÄRZTLICHEN UNTERSUCHUNG

Betriebsmedizin München Süd

Dr. med. Christian Frye

Zaunkönigstr. 36

85521 Ottobrunn

Familienname

Vorname

Geburtstag

Anschrift

Tel.-Nr.

Dienststelle /
Betrieb

Tätigkeit

Bitte bringen Sie zum Termin mit

- Personalausweis
- Impfbuch
- Brille und sonstige Sehhilfen
- Diesen Fragebogen!!!**

Auf Veranlassung Ihres Arbeitgebers wird bei Ihnen eine betriebsmedizinische Vorsorge durchgeführt. Diese dient der Erkennung individueller gesundheitlicher Risiken durch Ihre Berufstätigkeit und damit Ihrem persönlichen Schutz. Zur Unterstützung der ärztlichen Untersuchung bitten wir Sie, nachfolgende Fragen zu beantworten.

Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Hausarzt: Dr. med.	PLZ Ort	Tel.	
Letzter Termin beim Hausarzt:	Letzte Blutentnahme:	Letztes EKG:	Letzte Lungenfunktionsprüfung:
Letzte betriebsärztliche Untersuchung:	Datum / Jahr	Wo?	
Seit wann arbeiten Sie in diesem Unternehmen	Jahr		
In welchem Unternehmen haben Sie davor gearbeitet?			

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, was?	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wie viel und was?	pro Tag
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wie viel und was?	pro Woche
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wie viel und was?	pro Woche
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wie oft und was?	pro Woche
Ihre Körpergröße:	cm		Ihr Gewicht:	Kg

Haben oder hatten Sie jemals folgende Erkrankungen? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- Herzkrankheiten** (z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Herzklappenfehler, Herzmuskel-
schwäche, Herzrasen, Schmerzen in der Brust bei körperlicher Anstrengung oder Aufregung) ja nein
- Erhöhten Blutdruck** ja nein
- Gefäßkrankheiten** (z.B. Durchblutungsstörungen, Thrombose, Krampfadern) ja nein
- Lungenkrankheiten** (z. B. Asthma, Tuberkulose, Lungenentzündung,
Anfälle von Atemnot) ja nein,
- Schlafstörungen oder Schlaf-Apnoe-Syndrom** (Hat jemand bei Ihnen nächtliche Atempausen
bemerkt? Leiden Sie unter anhaltender Tagesmüdigkeit? Schlafen Sie gelegentlich tagsüber ein?) ja nein
- Zuckerkrankheit** (Diabetes mellitus) ja nein
- Schilddrüsenerkrankung oder andere Stoffwechselerkrankungen** ja nein
(z. B. erhöhte Blutfette, Harnsäure)
- Neurologische Erkrankungen** (z.B. Schlaganfall, Lähmungen, epileptische Anfälle, vorüber-
gehende Bewusstseinsstörungen, Seh- oder Sprachstörungen, Gehirnerschütterung) ja nein
- Psychische Erkrankungen** (z.B. Merkfähigkeits-, Aufmerksamkeits- oder
Konzentrationsstörungen, anhaltende Traurigkeit, Depressionen) ja nein
- Sehstörungen oder Augenkrankheiten** (z.B. Star, Einschränkung des Gesichtsfeldes, erhöhte
Blendempfindlichkeit, Farbschwäche, Probleme beim Sehen in der Dämmerung) ja nein
- Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?** ja nein
- Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten** (z.B. Schwerhörigkeit, Hörstörungen, Hörsturz, Tinnitus) ja nein
- Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes** ja nein
- Lebererkrankungen** (z.B. Gelbsucht, erhöhte Leberwerte) / **Erkrankung der Bauspeicheldrüse** ja nein
- Erkrankungen der Nieren oder ableitenden Harnwege / Blase** ja nein
- Erkrankungen des Bewegungsapparates** (z.B. rheumatische Erkrankungen,
Wirbelsäulenbeschwerden, Gelenke, Knochenbrüche, Taubheitsgefühl an Händen/Füssen,
eingeschränkte Beweglichkeit) ja nein
- Allergien oder Hautkrankheiten** (z.B. Heuschnupfen, Hautekzem, Schuppenflechte) ja nein
- Blut- oder Tumorkrankheiten, Infektionserkrankungen, Abwehrschwäche** ja nein
- Krankenhausaufenthalte, erfolgte oder geplante Operationen** ja nein
- Leiden Sie an einer anderen oben nicht erwähnten Krankheit?** (z.B. Schwindel, , ja nein
Bewusstlosigkeit, Gleichgewichtsstörungen, Schmerzen)
Wenn ja, welche? _____

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben – soweit mir bekannt – vollständig und wahrheitsgemäß sind.

Ort / Datum

Unterschrift