

## 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: \_\_\_\_\_