

Gesundheitsfragebogen

Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Dieser Fragebogen darf nur für Untersuchungen/Beratungen bei der Arbeitsmedizin Main-Tauber-Kreis verwendet werden.

Datum: _____

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Auftrag-/Arbeitgeber: _____

Tätigkeitsbereich: _____

Stehen Sie noch oder standen Sie früher in ärztlicher Behandlung wegen:

	Ja	Nein	Bemerkung		Ja	Nein	Bemerkung
Augen				Unterleib			
Ohren				Nerven			
Herzens				Haut			
Lunge				Bronchien			
Leber/Galle				Magen/Darm			
Wirbelsäule				Gelenke			
Allergie				Vergiftung			
Diabetes				Tuberkulose			
Bluthochdruck				Tagemüdigkeit			

Haben Sie zurzeit folgende Beschwerden:

	Ja	Nein	Bemerkung		Ja	Nein	Bemerkung
Sehstörungen				Hörstörungen			
Husten/ Auswurf				Magen/Darm- störungen			
Herzschmerzen				Rückenschmerzen			
Gelenkschmerzen				Atemnot			
Kopfschmerzen				Augenschmerzen			
Andere Leiden:							

Tragen Sie bei der Arbeit:

	Ja	Nein	Bemerkung		Ja	Nein	Bemerkung
Atemschutzmaske				Gehörschutz			
Handschuhe				Schutzhelm			
Sicherheitsschuhe				Schutzbrille			

Weitere Fragen:

	Ja	Nein	Bemerkung
Nehmen Sie zurzeit Medikamente?			
Sind Sie Raucher?			
Wie häufig trinken Sie Alkohol?			

Gewicht:	kg	Größe:	cm
----------	----	--------	----

Haben oder hatten Ihre Eltern oder Geschwister folgende Krankheiten:

	Ja	Nein	Bemerkung		Ja	Nein	Bemerkung
Bluthochdruck				Herz-Kreislauf			
Asthma				Haut			
Diabetes				Andere Leiden			

Einverständniserklärung

- ☐ Mit der Teilnahmebestätigung der Untersuchung an den Arbeitgeber bin ich einverstanden.
- ☐ Bei Eignungsuntersuchungen (z.B. Stapleruntersuchung, Feuerwehruntersuchung usw.) bin ich mit der Ergebnismitteilung an den Arbeitgeber einverstanden.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Untersuchungsnotizen

Urin Combur 9			
Blutdruck:	mmHg	Puls:	/Min

Weiteres: