

Alle Vorsorgen und Eignungen sowie alle Untersuchungen und dazugehörige Formulare unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Regelungen der DSGVO. Alle mit * gekennzeichneten Daten sind Pflichtangaben, die zur Erstellung einer Vorsorgebescheinigung (gem. AMR 6.3) / Eignungsbeurteilung benötigt werden. Im Übrigen sind alle weiteren Angaben freiwillig.

Name*		Vorname*		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	
Straße*	Hausnummer	Geburtsdatum*	Geschlecht		
PLZ*	Ort*	Telefon- / Mobilnummer			
Arbeitgeber*		Straße (Arbeitgeber)*		Hausnummer*	
PLZ (Arbeitgeber)*	Ort (Arbeitgeber) /Filiale*		Tätigkeit*		

*Pflichtangaben

Aktuelle Tätigkeit:

Seit wann beschäftigt?

 . .

Vorherige Tätigkeit:

Besonderheiten im Arbeitsprozess, Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen:

- PSA: Helm Gehörschutz
 Arbeitsschutzbrille Sicherheitsschuhe
 Schutzanzug Handschuhe

Wann wurden Sie zuletzt arbeitsmedizinisch untersucht?

 . .

Wo?

Hatten Sie bereits einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit? Ja Nein

Näheres:

Nehmen Sie Medikamente?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Bestehen Beschwerden oder sind Sie derzeit krank?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Gibt es gesundheitliche Beschwerden im Zusammenhang mit Ihrer Tätigkeit?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

UDatum _____

- Tragen Sie: Kontaktlinsen Lesebrille
 Gleitsichtbrille Fernbrille
- Besteht eine: Farbsehschwäche Nachtsehschwäche

Sind Sie schwerhörig?
 (auch nur auf einem Ohr) Ja Nein

Haben Sie ein Loch im Trommelfell
 oder andere Ohrenerkrankungen? Ja Nein

Welche? _____

Waren oder sind Sie außerberuflicher
 Lärmbelastung ausgesetzt? Ja Nein

Wie lange haben Sie insgesamt in starkem Lärm
 gearbeitet? (=Lärm bei der Verständigung nur
 mit sehr lauter Stimme möglich ist). ca. _____ Jahre

Welche Art von Gehörschutz benutzen Sie?
 Gehörschutzstöpsel Kapsel-Gehörschützer Otoplastik

Leiden Sie unter psychischen Erkrankungen wie Depressionen,
 Nervenleiden, Angststörung (z.B. Angst in geschlossenen Räumen,
 Höhenangst)? Ja Nein

Näheres: _____

Leiden Sie unter neurologischen Erkrankungen? (z.B.
 Gleichgewichtsstörungen, Geruchs- oder Geschmackstörungen,
 Schlaganfall oder andere)? Ja Nein

Näheres: _____

Leiden Sie an Herz-, oder Kreislauferkrankungen,
 Kollapsneigung, unregelmäßigem Herzschlag,
 Herzinfarkt, Herzrasen? Ja Nein

Näheres: _____

Leiden Sie unter Bluthochdruck, Gefäßerkrankungen,
 Durchblutungsstörungen der Extremitäten? Ja Nein

Näheres: _____

Leiden Sie unter Lungenerkrankungen,
 chronischer Bronchitis, Asthma? Ja Nein

Sind bei Ihnen auffällige Blutwerte (z.B. Zuckerkrankheit, erhöhte
 Blutfett- oder Leberwerte) bekannt? Ja Nein

Näheres: _____

Leiden Sie unter Störungen des Hormonsystems
 (z.B. Schilddrüsen-, Epithelkörperchen- oder
 Nebennierenkrankungen)? Ja Nein

Näheres: _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, seit wann? _____

Wenn ja, wie viel pro Tag? _____

Haben Sie andere Organerkrankungen
 (z.B. Magen-, Darm, Leber oder Nierenerkrankungen)? Ja Nein

Näheres: _____

Leiden Sie unter chronischen Infektionskrankheiten
 (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, Borreliose etc.)? Ja Nein

Näheres: _____

Sind bei Ihnen Hautkrankheiten bekannt
 (z.B. Allergien, Kontaktekzem, Neurodermitis, Psoriasis)? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an allergischen Beschwerden der Schleimhäute,
 Augen, Nase und/oder der Atemwege (z.B. Augentränen,
 Heuschnupfen)? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Bestehen Erkrankungen des Muskel- Gelenk- oder Skelettsystems?
 Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Bisher nicht
 aufgeführte
 Erkrankungen: _____

§ Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner
 Angaben.

Datum _____

Unterschrift _____