Fragebogen zu Gesundheit und Arbeit
Präventa
Betriebsmedizin & Arbeitssicherheit

Bitte füllen Sie die freien Felder aus und kreuzen Sie bei jeder Frage die zutreffende Antwort an. Bemerkungen können Sie in den vorgesehenen Feldern eintragen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Dieser Fragebogen hilft uns, Zeit für Sie zu gewinnen. Durch das Beantworten schaffen Sie sich mehr Freiraum für das persönliche Gespräch mit dem Arzt. **Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.**

Name	Vorname	Geb. Name	geb.am
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort	Telefon (Mobil/ Festnetz)	Größe und Gewicht
Betrieb/ Arbeitgeber	Firmensitz (Ort)	Jetzige Tätigkeit	

Letzte Tätigkeit/ letzter Arbeitgeber		Erlerner Beruf
beschäftigt von - bis	Firma/Betrieb - Branche	Tätigkeit

Für Bahnmitarbeiter	Schulung zum:
☐ Sipo ☐ Sakra ☐ Büp ☐ andere: _____	

Ihr jetziger Arbeitsplatz	Bereich/Abteilung (bitte eintragen)						
Waren/Sind Sie ausgesetzt...?	ja	nein	Bemerkungen	Eingesetzte Schutzmittel:	ja	nein	Bemerkungen
Lösemitteln (Verdünnern u.ä.)				Atemschutz/Maske			
Kühlschmierstoffen				Gehörschutz			
Klebern/Vergussmassen				Schutzbrille			
Schwermetallen (z.B. Blei)				Handschuhe			
Zytostatika (Chemotherapie)				Strahlenschutzkleidung			
Röntgenstrahlen/Radioaktivität				Ihre Arbeit beinhaltet:	ja	nein	Bemerkungen
Kälte, Hitze, Nässe				Bildschirmtätigkeit			
Lärm (z.B. Maschinen)				Überstunden			
Erschütterungen (Vibrationen)				Schichtarbeit			
Überdruck (Druckluft, Tauchen)				Nachtarbeit			
Mineral-/Quarzstaub				Leistungslohn (z.B. Akkord)			
Asbeststaub				Körperl. Zwangshaltungen			
Bioorganischem Staub (z.B. Kompost)				Heben schwerer Lasten (≥ 25 kg)			
Rauche/Abgase (z.B. Schweißen)				Bes. Gefahren (z.B. Absturz)			
Infektiösem Material				Bes. psychische Belastungen			

Medizinische Vorgeschichte 1							
Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) Verwandte(r) ist/sind erkrankt an:	ja	nein	Bemerkungen	Eigene Gesundheit: Litten oder leiden Sie an einer Krankheit...?	ja	nein	Bemerkungen
Zuckerkrankheit				der Augen			
Asthma/chron. Bronchitis				der Ohren			
Bluthochdruck				der Mund- o. Nasennebenhöhle			
Herzkrankheit (z.B. Infarkt)				der Schilddrüse			
Stoffwechselkrankheit (z.B. Gicht)				des Kreislaufs			
Geschwülsten/Krebs/Leukämie				des Herzens			
Hautkrankheit/Allergie				der Lunge o. der Bronchien			
sonstige Krankheiten				der Leber/Galle/Bauchsp.drüse			
Eigene Erkrankungen: Litten oder leiden Sie selbst an...?	ja	nein	Bemerkungen	des Magens o. Darms			
Allergien				der Nieren o. Blase			
Zuckerkrankheit				des Unterleibes			
Bes. Infektionen (z.B. Hepatitis B)				der Knochen/der Wirbelsäule			
Bluthochdruck				der Nerven			
Krebs/Leukämie/Geschwülste				der Haut			
Sonstiges				Sonstiges			
Bitte bearbeiten Sie auch die Rückseite ⇒							