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	

□ Rechnung an die Firma Adresse:

□ Rechnung an Privatadresse, falls abweichend bitte Anschrift angeben:

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

Für Bahnmitarbeiter	Schulung zum:

□ Sipo □ Sakra □ Büp □ andere:_____

□ Erstuntersuchung

□ Nachuntersuchung

Medizinische Vorgeschichte 1

Eigene Erkrankungen: Litten oder leiden Sie selbst an…?	**ja**	**nein**	**Bemerkungen**
Allergien			
Zuckerkrankheit			
Bes. Infektionen (z.B. Hepatitis B)			
Bluthochdruck			
Krebs/Leukämie/Geschwülste			
Sonstiges			

Eigene Gesundheit: Litten oder leiden Sie an einer Krankheit...?	**ja**	**nein**	**Bemerkungen**
der Augen			
der Ohren			
der Mund- o. Nasennebenhöhle			
der Schilddrüse			
des Kreislaufs			
des Herzens			
der Lunge o. der Bronchien			
der Leber/Galle/ Bauchspeicheldrüse			
des Magens o. Darms			
der Nieren o. Blase			
des Unterleibes			
der Knochen/der Wirbelsäule			
der Nerven			
der Haut			
Sonstiges			

Bitte bearbeiten Sie auch die Rückseite ⇒

⇐ **Bitte bearbeiten Sie zuerst die Vorderseite**

Medizinische Vorgeschichte 2			**Bemerkungen**
Sind Sie **bisher operiert** worden?	**ja**	**nein**	
Falls ja: bitte angeben ⇒			**Jahr, Art des Eingriffs** (nur größere Eingriffe**)**
Hatten Sie **schwere Unfälle?**	**ja**	**nein**	
Falls ja: bitte angeben ⇒			**Jahr, Art der Verletzung** (gegebenenfalls bleibende Schäden)
Müssen Sie **regelmäßig Medikamente** einnehmen?	**ja**	**nein**	
Falls ja: bitte angeben ⇒			**Art der Dauermedikation** (Präparatname und Dosis)
Trinken Sie **Alkohol**?	**ja**	**nein**	
Falls ja: bitte ankreuzen ⇒			**Alkoholkonsum** (durchschnittliche Häufigkeit pro Monat bzw. Woche)
			☐ seltener als **1 Mal/Monat** ☐ ca. **1- 3 Mal/Monat** ☐ ca. **1 Mal/Woche**
			☐ ca. **2-3 Mal/Woche** ☐ ca. **4-5 Mal/Woche** ☐ ca. **6-7 Mal/Woche**
Waren oder sind Sie **Raucher**?	**ja**	**nein**	
Falls ja: bitte ankreuzen ⇒			**Rauchgewohnheiten** (Art und Menge)
			☐ **Ex-Raucher** seit_____ ☐ bis **10 Zigaretten**/Tag ☐ bis **20 Zigaretten**/Tag
			☐ **20+X Zigaretten**/Tag ☐ **Pfeife/Zigarre/E-Zigarette** ☐ Selbstgedreht___**g/Tag**
Fühlen Sie sich **z.Zt. gesund**?	**ja**	**nein**	
Falls **nein**: bitte eintragen ⇒			**gesundheitliche Beschwerden** (Schmerzen, Einschränkungen, Unwohlsein)
Sind Sie **erwerbsgemindert (MdE)**?	**ja**	**nein**	
Falls ja : bitte eintragen ⇒			**Der Grad der Behinderung (GdB)** in Prozent beträgt: **GdB = _____%**
Besteht eine **Schwangerschaft**?	**ja**	**nein**	
Falls ja: bitte eintragen ⇒			Der vorausberechnete **Geburtstermin** ist: ___.____._____
Wurden Sie **geimpft gegen...**?			
Falls ja: bitte ankreuzen ⇒			☐ **Hepatitis A** ☐ **Hepatitis B** ☐ **Masern**
Was wurde **zuletzt geröntgt**?			Gegebenenfalls bitte **Jahr** in ( ) eintragen
bitte ankreuzen ⇒			☐ **Lunge** ( ) ☐ **anderes** ( ) ☐ **gar nicht**

Zusätzlicher Platz für **Kommentare**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort: Datum:

Unterschrift der oder des Untersuchten