



Фамилия:

Имя:

Дата рождения

Работодатель:

Пожалуйста, постарайтесь отвечать на вопросы как можно точнее и полнее, отмечая подходящие варианты, а при необходимости — подчёркивая или дополняя информацию. Если вы не уверены в ответе на какой-либо вопрос, пожалуйста, оставьте его без ответа. Открытые вопросы могут быть обсуждены во время беседы с врачом по охране труда. Анкета служит подготовкой к личной беседе между вами и врачом по охране труда. Для этого нам, в частности, необходима информация о вашей истории заболеваний. Ваши данные, разумеется, подпадают под врачебную тайну и ни при каких условиях не будут переданы работодателю. Работодатель будет проинформирован только о наличии или отсутствии медицинских противопоказаний для трудоустройства

I. Личная история заболеваний:		ДА	НЕТ
• Были / есть ли у Вас жалобы на здоровье на рабочем месте?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- если ДА – какие:	<hr/>		
• Были ли у Вас несчастные случаи с серьёзными последствиями?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- если ДА – какие:	<hr/>		
• Есть ли у Вас инвалидность? Причина и степень (в %)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- если ДА – какая:	<hr/>		
• Есть ли у Вас снижение трудоспособности? Степень утраты трудоспособности (в %)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- если ДА – какая:	<hr/>		
II. Страдаете / страдали ли Вы сл. заболеваниями? (Отметьте/ дополните подходящее)		ДА	НЕТ
Глаз (напр., близорукость, дальнозоркость)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- носите ли Вы очки или контактные линзы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ушей (напр., снижение слуха, шум в ушах/тиннитус)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- используете ли Вы слуховой аппарат?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Щитовидной железы (напр., гиперфункция, гипофункция)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Сердечно-сосудистой системы (напр., инфаркт, гипертония)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Дыхательных путей (напр., туберкулёз, астма)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Печени, желчного пузыря, поджелудочной железы (напр., вирусный гепатит)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Желудка, кишечника (напр., гастрит, язва)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Сахарный диабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- если ДА – делаете ли Вы себе инъекции инсулина?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Почек, мочевого пузыря (напр., колики)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Позвоночника (напр., заболевания межпозвоночных дисков)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Суставов (напр., ревматизм, артроз, суставные имплантанты)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Фамилия: _____

	ДА	НЕТ
Заболевания нервной системы (напр., головокружение, мигрень, эпилепсия, инсульт)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Психические заболевания (напр., расстройства настроения или психические болезни)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Кожные заболевания (напр., нейродермит, псориаз, экзема)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Поллиноз, аллергии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– если ДА – какие?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
• Имеются ли нелеченные нарушения дыхания, связанные со сном (апноэ сна)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Прекращается ли у Вас дыхание во сне или сообщает ли об этом Ваш партнёр?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Бываете ли Вы днём сильно утомлённым/сонным?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Засыпали ли Вы когда-либо на несколько секунд во время работы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Засыпали ли Вы за рулём транспортного средства, даже ненадолго?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Другие хронические заболевания или нарушения здоровья:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– если ДА – какие?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
• Стационарное лечение в больнице (напр., операции, несчастные случаи) – если ДА – причина/ вид и дата операции (мес., год)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<hr/>		
III. Текущее состояние здоровья:	ДА	НЕТ
• Чувствуете ли Вы себя в настоящее время здоровым и не имеющим жалоб?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– если НЕТ – какие жалобы у Вас есть?	<hr/>	
• Находитесь ли Вы сейчас под наблюдением врача?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– если ДА – по какому поводу?	<hr/>	
• Принимаете ли Вы регулярно лекарства?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– если ДА – укажите название и дозировку:	<hr/>	
• Часто ли употребляете алкоголь?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Курите ли Вы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Употребляете ли Вы наркотические средства?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Беременность: Да / Нет / Неизвестно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- *Настоящим я подтверждаю, что заполнил(а) данный опросник правдиво и по своему лучшему знанию и совести, указав все значимые для оценки моего состояния здоровья сведения, в особенности касающиеся физических и психических недугов.*
- *Я согласен(согласна) на электронное хранение моих данных.*
- *Все предоставленные данные подпадают под врачебную тайну. Передача моих персональных данных возможна только с моего письменного согласия. Собранные данные подчиняются действующему Регламенту ЕС по защите данных (DSGVO).*

Regensburg, _____
Дата _____

Подпись _____