



Familienname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Arbeitgeber: .....

*Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst genau und vollständig indem Sie das zutreffende ankreuzen und ggf. unterstreichen bzw. ergänzen. Wenn Sie sich bei der Beantwortung der Fragen unsicher sind, lassen Sie sie diese bitte unbeantwortet. Offene Fragen können im Gespräch mit dem Betriebsarzt geklärt werden. Der Fragebogen dient als Vorbereitung zum persönlichen Gespräch zwischen Ihnen und Ihrem Betriebsarzt. Hierzu benötigen wir u. a. auch Angaben über Ihre Vorgeschichte. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden keinesfalls dem Arbeitgeber mitgeteilt. Dieser wird lediglich informiert, ob arbeitsmedizinische Bedenken gegen eine Beschäftigung bestehen oder nicht.*

| <b>I. Eigenanamnese:</b>  | <b>JA</b>                | <b>NEIN</b>              |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Haben / hatten Sie gesundheitliche Beschwerden am Arbeitsplatz?</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - wenn JA – welche:   |                          |                          |
| _____   |                          |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Hatten Sie Unfälle mit erheblichen Verletzungsfolgen?</li> </ul>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - wenn JA – welche:   |                          |                          |
| _____   |                          |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Besteht eine Schwerbehinderung? Ursache und GdB in %</li> </ul>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - wenn JA – welche:   |                          |                          |
| _____   |                          |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor? MdE in %</li> </ul>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - wenn JA – welche:   |                          |                          |
| _____   |                          |                          |
| <b>II. Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?</b> (Zutreffendes ankreuzen bzw. ergänzen)               | <b>JA</b>                | <b>NEIN</b>              |
| der Augen (z.B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| der Ohren (z.B. Schwerhörigkeit, Tinnitus)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - tragen Sie ein Hörgerät   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| der Schilddrüse (z.B. Überfunktion, Unterfunktion)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkte, Bluthochdruck)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| der Atemwege (z.B. Tuberkulose, Asthma)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z.B. Virushepatitis)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| des Magens, Darms (z.B. Schleimhautentzündung, Geschwür)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - wenn JA – spritzen Sie Insulin?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| der Nieren, Blase (z.B. Koliken)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| der Wirbelsäule (z.B. Bandscheibenleiden)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| der Gelenke (z.B. Rheuma, Arthrose, Gelenkimplantate)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Familienname:** \_\_\_\_\_

|   | JA                       | NEIN                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| des Nervensystems (z.B. Schwindelanfälle, Migräne, Epilepsie, Schlaganfall)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| der Psyche (Gemüts- oder Geisteskrankheiten)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| der Haut (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Ekzeme)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heuschnupfen, Allergien   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - wenn JA – welche?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>   |                          |                          |
| • Bestehen unbehandelte schlafbezogene Atemstörungen (Schlaf-Apnoe)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - setzt Ihr Atem manchmal nachts aus, oder berichtet Ihr Partner darüber?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - sind Sie manchmal tagsüber sehr müde?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - sind Sie schon einmal während der Arbeit für einige Sekunden eingeschlafen?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - sind Sie beim Steuern eines Fahrzeugs schon einmal kurz eingeschlafen?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sonstige chronische Krankheiten oder Gesundheitsstörungen                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - wenn JA – welche?   |                          |                          |
| <hr/>   |                          |                          |
| • Stationäre Krankenhausaufenthalte (z.B. Operationen, Unfälle) – wenn JA Art der OP und wann | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/>   |                          |                          |
| <hr/>   |                          |                          |
| <b>III. Jetziger Gesundheitszustand:</b>  | <b>JA</b>                | <b>NEIN</b>              |
| • Fühlen Sie sich derzeit gesund und beschwerdefrei?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - falls NEIN – welche Beschwerden haben Sie?  |                          |                          |
| <hr/>   |                          |                          |
| • Befinden sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - falls JA – wegen:   |                          |                          |
| <hr/>   |                          |                          |
| • Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - falls JA – Name und Dosierung angeben:  |                          |                          |
| <hr/>   |                          |                          |
| • Besteht häufiger Genuss von Alkohol?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Rauchen Sie?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nehmen Sie Drogen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Besteht eine Schwangerschaft Ja/Nein/ fraglich  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Hiermit erkläre ich, dass ich auf diesem Fragebogen alle für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes bedeutsamen Fragen, vor allem diejenigen nach körperlichen und geistigen Gebrechen, wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.  
- Mit der elektronischen Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden.  
- Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten bedarf meiner schriftlichen Genehmigung. Die erhobenen Daten unterliegen der jeweils gültigen DSGVO.

Regensburg, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift