

Praxisgemeinschaft in Merklingen

Allgemeinmedizin – Kinder- und Jugendmedizin
Naturheilverfahren–Betriebsmedizin – Notfallmedizin

Dr.med. Wolfgang Hermann

Kirchplatz 5 71263 Weil der Stadt

Tel. 07033 / 30879-0 Fax 13369



ARBEITSMEDIZINISCHER FRAGEBOGEN ZUR UNTERSUCHUNG NACH G 26 - Atemschutz -

Bitte zur Untersuchung **Brille, Kontaktlinsen, andere Sehhilfen** sowie persönlichen **Gehörschutz** und **Impfausweis mitbringen!**

Mitarbeiter/in:

Name _____

Vorname _____

Geb. Datum _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

Betrieb / Arbeitgeber / Feuerwehr:

Firma / Praxis/ Unternehmen / Feuerwehr _____

Abteilung / Einrichtung _____

Berufsgenossenschaft / UV-Träger _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT

Ihre Berufsausbildung(en): _____

Seit wann sind Sie bei der Feuerwehr tätig ? _____

Ihre Ausbildungen bei der Feuerwehr: _____

Ihre derzeitige Tätigkeit bei der Feuerwehr: _____

Sport : nein ___ ja ___ gelegentlich _____ welcher Sport ? _____

Gibt es Feuerwehr-Sport ? _____

Probleme in engen Räumen (Platzangst, Aufzugs-Angst) _____

Gesundheitliche Probleme gehabt unter Atemschutz bzw. nach dem Einsatz/Übung ?

Atemschutz-Notfall gehabt ? _____

Probleme bei Arbeit in der Höhe ? _____

Ich möchte (weiterhin) als Atemschutzgeräteträger tätig sein: ja ___ eher nein ___

Alkohol ? _ nein _ gelegentlich _ regelmäßig. Rauchen ? _ nein _ ja. Drogen ? _____

ANGABEN ZU BRILLE UND ANDEREN SEH-HILFEN

Ich trage: _____ (keine Sehhilfe)

Brille ___ für Ferne ___ Nähe ___ Nähe + Ferne ___ Bifokal ___ Trifokal ___ Gleitsicht _____

Kontaktlinsen _____ für _____ sonstige Sehhilfe _____

Maskenbrille vorhanden / erforderlich : _____

ANGABEN ZU GESUNDHEITLICHEN PROBLEMEN

Bei **Eltern / Verwandten** sind folgende Erkrankungen bekannt:

(z.B. Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzerkrankungen, Diabetes) ?

SEHEN:

Ich habe folgende Sehbeschwerden: (keine) _____

HÖREN:

Hörprobleme: (keine) _____

HAUT:

Folgende Hautprobleme habe ich: (keine) _____

ATMUNG:

Ich habe folgende Probleme mit der Atmung: (keine) _____

BEWEGUNGSAPPARAT: (keine) _____

Beschwerden des Bewegungsapparates (Nacken, Schultern, Arme, Wirbelsäule):

_____ seit wann: _____

NERVENSYSTEM.:

Ich leide an Beschwerden von Seiten des Nervensystems: (keine) _____

Kopfschmerzen: _____ Anfälle (Epilepsie) _____

Migräne: _____ Schwindel: _____

Andere Erkrankungen des Nervensystems: _____

NERVLICHE und PSYCHISCHE BELASTUNG:

Belastende Feuerwehreinsätze gehabt: (keine) _____

HERZ, KREISLAUF, STOFFWECHSEL: (keine) _____

Ich leide an: Bluthochdruck _____ Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) _____

Schilddrüsenerkrankung _____ andere Erkrankungen _____

Folgende **MEDIKAMENTE** nehme ich regelmäßig ein: (keine) _____

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Feuerwehrfrau / Feuerwehrmann

Hinweis: Ihre Angaben sind freiwillig- aber hilfreich. Dieser Fragebogen ist vertraulich und verbleibt beim Betriebsarzt, der unter Schweigepflicht steht. Ihre Gesundheitsdaten werden nach den Regeln der Datenschutz-Grundverordnung erhoben, gespeichert und verarbeitet.