

UDatum: _____

Nüchtern
 Postprandial _____ Stunden

Name, Vorname* _____ Geburtsdatum* | m w d

Arbeitgeber*
 *Pflichtangaben

A. MIG:

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm BMI: _____

Puls: _____ /min RR: _____ / _____ mmHG

Urinstreifen: o.B. Auffälligkeit(en): _____

Drogentest: o.B. Auffälligkeit(en): _____

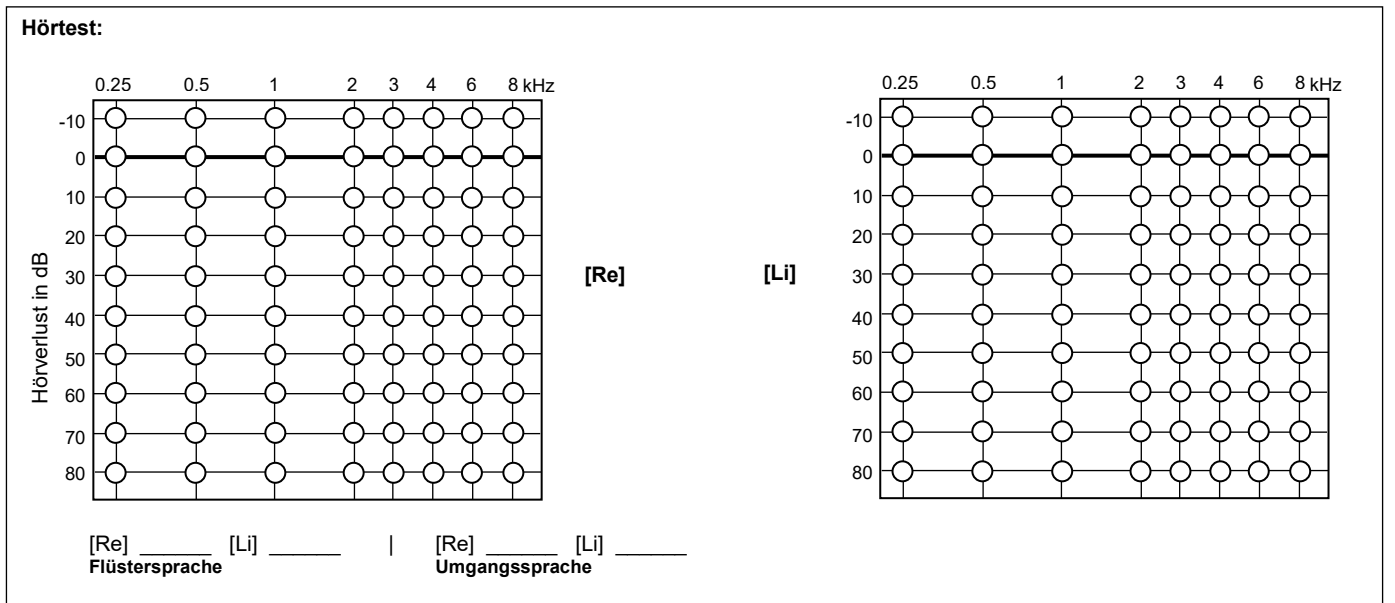
Sehhilfe? Ja Nein Kontaktlinsen Brille

Stärke gem. Verordnung / Brillenpass [Re.] _____ dpt. | [Li.] _____ dpt.

Sehtest

		RECHTS									LINKS									Binokular
Ferne (5m)	s.c	0,2	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0	s.c	0,2	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0		
	c.c	0,3	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0	c.c	0,3	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0		
Blisch. (Abs. 0,8 m)	s.c	0,2	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0	s.c	0,2	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0		
	c.c	0,3	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0	c.c	0,3	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0		
Nähe (0,4m)	s.c	0,2	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0	s.c	0,2	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0		
	c.c	0,3	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0	c.c	0,3	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0		

Farbsinn	+	-
Stereosehen	+	-
Dämmerungssehen m.Bl.	+	-
Dämmerungssehen o.Bl.	+	-
Kontrastsehen	+	-
Perimetrie li.	+	-
Perimetrie re.	+	-
Amsler	+	-
Shades of Grey	+	-
Phorie	+	-
Titmus-Test		



B. Arzt:

AZ: _____

EZ: _____

Sport: _____

Nikotin: _____ Pck/Jahr.

Schwindel / Gleichgewichtsstörung

Kollapsneigung / Synkope

Höhenangst, ab einer Höhe von _____ Metern

Drogen:

Alkohol:

Impfstatus:

Medikamente:

Neurologische, psychische Erkrankungen:

Arbeits- / Eigenanamnese / Beratung:

Fazit:

Körperliche Untersuchung:**HNO:**

Äußeres Ohr: _____

Otoskopie Befund: _____

 Audiometrie
Siehe Audiometrie Bogen.
 HNO-Arzt veranlasst.
Gleichgewichtssinn / Neurologie / Psychologie:

Romberg Stehversuch: _____

Unterberger Tretversuch: _____

Finger-Nase-Versuch: _____

Sensibilität: _____

Sonstiges: _____

Kopf, Hals, Sprache: _____**Herz-Kreislauf:**

Cor: _____

Pulmo: _____

Abdomen: _____**Stütz- und Bewegungsapparat:**Wirbelkörper-Klopfschmerz:
(WKKS) _____Finger-Boden-Abstand:
(FAB) _____

Extremitäten: _____

Haut: o.B. _____**Zusätzliche Untersuchungen:** EKG: _____ Ergometrie: _____ Lungenfunktion: _____

Vorsorgeuntersuchung vom

Anlass	E / N	A / P / W	Bemerkung	Nächste Untersuchung	Arzt	Eingabe durch

E=Erstuntersuchung | N=Nachuntersuchung | A=Angebotsvorsorge | P=Pflichtvorsorge | W=Wunschvorsorge

Beurteilung Eignungsuntersuchung vom

EgU*	Eignung				Bemerkung(en)	Nächste Untersuchung	Arzt	Eingabe durch
	Ja	Ja, bedingt	Nein befristet	Nein unbefristet				

*Eignungsuntersuchung

Einwilligung über die Mitteilung der Eignungsbeurteilung an den Arbeitgeber

① Über das vorläufige Ergebnis der Untersuchung wurde ich, vorbehaltlich ggf. ausstehender diagnostischer Befunde, aufgeklärt.

- Ich bin mit der Übermittlung meiner Eignungsbeurteilung an meinen (potenziellen) Arbeitgeber durch die PIMA einverstanden.
 Ich wünsche, die Eignungsbeurteilung an meinem (potenziellen) Arbeitgeber selbst zu übermitteln.

Hinweis: Ich wurde darüber informiert, die Eignungsbeurteilung im eigenen Interesse, zeitnahe und ohne schuldhaftige Verzögerung an meinen (potenziellen) Arbeitgeber weiterzuleiten, da dieser mich ohne diese Information ggf. nicht einsetzen oder einstellen kann/darf.

Die Übermittlung der Vorsorgebescheinigung an den Arbeitgeber bleibt von dieser Einwilligung unberührt und erfolgt gem. der AMR 6.3.

Datum, Unterschrift: _____

Datum

Name in Druckbuchstaben (Arzt)

Unterschrift (Arzt)