

Alle Vorsorgen und Eignungen sowie alle Untersuchungen und dazugehörige Formulare unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Regelungen der DSGVO. Alle mit \* gekennzeichneten Daten sind Pflichtangaben, die zur Erstellung einer Vorsorgebescheinigung (gem. AMR 6.3) / Eignungsbeurteilung benötigt werden. Im Übrigen sind alle weiteren Angaben freiwillig.

Name*		Vorname*		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	
Straße*	Hausnummer	Geburtsdatum*	Geschlecht		
PLZ*	Ort*	Telefon- / Mobilnummer			
eMail					
Arbeitgeber*		Straße (Arbeitgeber)*		Hausnummer*	
PLZ (Arbeitgeber)*	Ort (Arbeitgeber) /Filiale*		Tätigkeit*		

\*Pflichtangaben

Aktuelle Tätigkeit:

Seit wann beschäftigt?

 .  . 

Vorherige Tätigkeit:

Besonderheiten im Arbeitsprozess, Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen:

- PSA:  Helm  Gehörschutz  
 Arbeitsschutzbrille  Sicherheitsschuhe  
 Schutzanzug  Handschuhe

Wann wurden Sie zuletzt arbeitsmedizinisch untersucht?

 .  . 

Wo?

Hatten Sie bereits einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit? Ja  Nein

Näheres:

Nehmen Sie Medikamente?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Bestehen Beschwerden oder sind Sie derzeit krank?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Gibt es gesundheitliche Beschwerden im Zusammenhang mit Ihrer Tätigkeit?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

UDatum \_\_\_\_\_

- Tragen Sie:  Kontaktlinsen  Lesebrille  
 Gleitsichtbrille  Fernbrille
- Besteht eine:  Farbsehschwäche  Nachtsehschwäche

Sind Sie schwerhörig?  
 (auch nur auf einem Ohr) Ja  Nein

Haben Sie ein Loch im Trommelfell  
 oder andere Ohrenerkrankungen? Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Waren oder sind Sie außerberuflicher  
 Lärmbelastung ausgesetzt? Ja  Nein

Wie lange haben Sie insgesamt in starkem Lärm  
 gearbeitet? (=Lärm bei der Verständigung nur  
 mit sehr lauter Stimme möglich ist). ca. \_\_\_\_\_ Jahre

Welche Art von Gehörschutz benutzen Sie?  
 Gehörschutzstöpsel  Kapsel-Gehörschützer  Otoplastik

Leiden Sie unter psychischen Erkrankungen wie Depressionen,  
 Nervenleiden, Angststörung (z.B. Angst in geschlossenen Räumen,  
 Höhenangst)? Ja  Nein

Näheres: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter neurologischen Erkrankungen? (z.B.  
 Gleichgewichtsstörungen, Geruchs- oder Geschmackstörungen,  
 Schlaganfall oder andere)? Ja  Nein

Näheres: \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Herz-, oder Kreislauferkrankungen,  
 Kollapsneigung, unregelmäßigem Herzschlag,  
 Herzinfarkt, Herzrasen? Ja  Nein

Näheres: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Bluthochdruck, Gefäßerkrankungen,  
 Durchblutungsstörungen der Extremitäten? Ja  Nein

Näheres: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Lungenerkrankungen,  
 chronischer Bronchitis, Asthma? Ja  Nein

Sind bei Ihnen auffällige Blutwerte (z.B. Zuckerkrankheit, erhöhte  
 Blutfett- oder Leberwerte) bekannt? Ja  Nein

Näheres: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Störungen des Hormonsystems  
 (z.B. Schilddrüsen-, Epithelkörperchen- oder  
 Nebennierenerkrankungen)? Ja  Nein

Näheres: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja  Nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Wenn ja, wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_

Haben Sie andere Organerkrankungen  
 (z.B. Magen-, Darm, Leber oder Nierenerkrankungen)? Ja  Nein

Näheres: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter chronischen Infektionskrankheiten  
 (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, Borreliose etc.)? Ja  Nein

Näheres: \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Hautkrankheiten bekannt  
 (z.B. Allergien, Kontaktekzem, Neurodermitis, Psoriasis)? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an allergischen Beschwerden der Schleimhäute,  
 Augen, Nase und/oder der Atemwege (z.B. Augentränen,  
 Heuschnupfen)? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen Erkrankungen des Muskel- Gelenk- oder Skelettsystems?  
 Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bisher nicht  
 aufgeführte  
 Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**\$** Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_