

Datum

**Fragebogen
Erstuntersuchung / Einstellungsuntersuchung**

Name.....Vorname.....Geb.-Dat.:.....

Adresse.....Tel:.....

Arbeitgeber.....hier beschäftigt seit

Hausarzt.....

Berufliche Vorgeschichte

Erlerner Beruf.....

Derzeitige Tätigkeit.....

Frühere Tätigkeit.....

Belastungen am Arbeitsplatz (z.B. Gefahrstoffe, Lärm, Stäube usw.).....

Berufsbedingte Erkrankungen.....

Medizinische Vorgeschichte

Mehrmonatiger Husten und / oder Auswurf, Heuschnupfen, Asthma,
Lungentuberkulose, andere Erkrankungen der Atmungsorgane? ja nein

Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Herzkranzgefäßerkrankung,
Herzrhythmusstörungen oder andere Herz-, Kreislauf-, oder Gefäßerkrankungen? ja nein

Krampfanfälle, Kollapsneigung, Schwindel, Gefühlsstörungen, Lähmungen,
Bewusstlosigkeit, Schlaganfall, andere Nerven- oder Hirnerkrankungen? ja nein

Zuckerkrankheit, Gicht, Rheuma, erhöhte Blutfette, Schilddrüsenerkrankung
oder andere Stoffwechsel- oder Ernährungserkrankungen? ja nein

Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenerkrankung, rheumatische Erkrankungen
oder andere Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates? ja nein

Allergische Hautveränderungen, Neurodermitis, Schuppenflechte oder
andere Hauterkrankungen? ja nein

Bitte wenden

Magengeschwüre, Darmerkrankungen, Leber- / Galleerkrankungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung oder andere Erkrankungen der Verdauungsorgane? ja nein

Nierensteine, Nierenentzündung, Blasenkrankung oder andere Erkrankungen des Uro-Genital-Systems? ja nein

Erkrankungen der Augen, Brillenkorrektur, Hörminderung, oder andere Erkrankungen des Hals- Nasen- Ohrensystems? ja nein

Erkrankungen des Blutes, Blutgerinnung, Immunsystem, Lymphdrüsen, chronische Infektionserkrankungen? ja nein

Operationen?.....
.....Krankenhausbehandlungen
(Grund)?.....

Unfälle?.....

Besteht zurzeit eine Einschränkung Ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit (Grund)?..... ja nein

Weitere ernste Gesundheitsstörungen, z.B. Krebserkrankungen, Allergien? ja nein

Medikamente regelmäßig / bei Bedarf?..... ja nein

Beziehen Sie eine Rente (z.B. Unfall-, Rentenversicherung), liegt eine Schwerbehinderung vor? ja nein

Höhe des Alkohol- und Zigarettenkonsums?.....

Liegt eine Suchterkrankung vor / Drogenkonsum? ja nein

Familiäre Vorgeschichte

Sind bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern Erkrankungen der obigen Liste bekannt?

Datum Unterschrift