

Datum

Fragebogen Folgeuntersuchung

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

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

Arbeitgeber.....

Hausarzt.....

Berufliche Vorgeschichte (Änderungen seit der letzten Untersuchung)

Derzeitige Tätigkeit.....

Frühere Tätigkeit.....

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

.....

Sind seit der letzten Untersuchung neue Erkrankungen aufgetreten? Wurden Sie zwischenzeitlich operiert oder wurden Sie aus anderen Gründen stationär im Krankenhaus behandelt? ja nein

.....
.....

Sind Sie zur Zeit gesund ? ja nein

Medikamente regelmäßig ? Welche? ja nein

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

Rauchen Sie? Wieviel ? ja nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wieviel ?..... ja nein

Datum Unterschrift