

Familienname: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsname: _____
Adresse: _____
Tel.-Nr.: _____
Tätigkeit: _____
Dienststelle: _____
Abteilung: _____

Ihr Termin am: _____ **um** _____ **Uhr**

Bitte bringen Sie zum Termin mit:

- Lichtbildausweis (Dienst-, Personalausweis oder Reisepass)
- Brille bzw. sonstige Sehhilfen
- Diesen Fragebogen!

Wenn Sie sich bei der Beantwortung der Fragen unsicher sind, lassen Sie sie bitte unbeantwortet. Offene Fragen können im Gespräch mit dem Betriebsarzt geklärt werden.

Auf Veranlassung Ihres Arbeitgebers wird bei Ihnen eine arbeitsmedizinische Vorsorge durchgeführt. Diese dient der Erkennung individueller gesundheitlicher Risiken durch Ihre Berufstätigkeit und damit Ihrem persönlichen Schutz.

Hierzu benötigen wir u. a. auch Angaben über Ihre Vorgeschichte. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden keinesfalls dem Arbeitgeber mitgeteilt. Dieser wird lediglich informiert, ob arbeitsmedizinische Bedenken gegen eine Beschäftigung bestehen oder nicht.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen, indem Sie das Zutreffende ankreuzen und ggf. unterstreichen bzw. ergänzen.

I. Arbeitsanamnese:

Jetzige Bildschirmtätigkeit: _____ Dauer (Std. pro Tag).....

Frühere Bildschirmtätigkeit: _____ Dauer (Std. pro Tag)..... seit:

II. Arbeitsplatzbezogene Beschwerden:

JA NEIN

- Kopfschmerzen
- Augenbeschwerden
- Muskelverspannungen

III. Eigenanamnese:

Letzte Untersuchung beim Augenarzt: _____ Letzte Brillenverordnung: _____

Kurzsichtigkeit Weitsichtigkeit Brillenträger Kontaktlinsenträger

Erkrankungen der Augen: _____

Kopfoperationen Cerebrales Anfallsleiden Schädel-Hirn-Traumen

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenfunktionsstörung)? _____

Medikamente: _____

- Hiermit erkläre ich, dass ich auf diesem Fragebogen alle für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes bedeutsamen Fragen, vor allem diejenigen nach körperlichen und geistigen Gebrechen, wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.
- Mit der elektronischen Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden.
- Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten bedarf meiner schriftlichen Genehmigung.

Ort, Datum

Unterschrift