



Sehr geehrte/r Mitarbeiter/in,

die folgenden Fragen dienen als Vorlage zum persönlichen Gespräch zwischen Ihnen und ihrem Betriebsarzt. Bitte beantworten Sie diese Fragen daher möglichst genau und vollständig.

Name, Vorname.....Geb. Datum.....

Straße – Nr.PLZ Ort.....

Telefon(privat).....

Name des Arbeitgebers.....

Tätigkeit als.....Schichtarbeit(ja/nein)

Ich bestätige, dass ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu Covid 19 positiv getesteten Personen sowie Personen mit Erkältungssymptomen gehabt habe.

JA	NEIN	Bestehen bei Ihnen folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen):
		Haben Sie Höhenangst?
		Unerklärliche Bewusstseins- oder Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, sowie Anfallsleiden (Epilepsie) jeglicher Ursache
		Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) mit erheblichen Schwankungen der Blutzuckerwerte, insbesondere mit Neigung zum Unterzucker (Hypoglykämie)
		Chronischer Alkoholmissbrauch oder Drogenabhängigkeit oder andere Suchtformen
		Dauerbehandlung mit Medikamenten, die die Fahrtüchtigkeit einschränken Welche?
		Erkrankungen oder Veränderungen des Herzens oder des Kreislaufs mit erheblichen Einschränkungen der Leistungs- oder Regulationsfähigkeit, Blutdruckveränderungen stärkeren Grades
		Erhebliche Einschränkungen der Beweglichkeit, Verlust oder Herabsetzung der groben Kraft eines für die Durchführung der Tätigkeit wichtigen Gliedes (Z.B. Arme, Beine, Hände...)
		Erkrankungen oder Schäden des Nervensystems mit wesentlichen Funktionsstörungen (organische Krankheiten des Gehirns oder Rückenmarks und deren Folgezustände, funktionelle Störungen nach Schädel- oder Hirnverletzungen, Hirndurchblutungsstörungen)
		Gemüts- oder Geisteskrankheiten (Depressionen, Psychosen, etc.)
		Erkrankungen, Beschwerden oder Operationen an den Augen
		Erkrankungen, Beschwerden oder Operationen an den Ohren
		Schnarchen Sie oft (jede Nacht oder mehr als 3x in der Woche) oder berichtet Ihr Partner darüber?
		Setzt ihr Atem manchmal nachts aus (Schlafapnoe) oder berichtet ihr Partner darüber
		Sind Sie manchmal tagsüber sehr müde (Schlafen Sie, ohne es zu wollen, ein)?
		Sind Sie schon einmal während der Arbeit für einige Sekunden eingeschlafen?
		Sind Sie beim Steuern eines Autos schon einmal kurz eingeschlafen?

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit

(Epworth Sleepiness Scale)

Wie leicht fällt es Ihnen, in folgenden Situationen einzuschlafen?

Damit ist nicht nur das Gefühl müde zu sein gemeint, sondern das **tatsächliche Einschlafen**. Die Fragen beziehen sich auf das übliche tägliche Leben der vergangenen Wochen. Auch wenn Sie einige der beschriebenen Tätigkeiten in letzter Zeit nicht ausgeführt haben, so versuchen Sie sich vorzustellen, welche Wirkung diese auf Sie gehabt hätten.

Kreuzen Sie in der folgenden Tabelle die am besten zutreffende Zahl an:

	Wahrscheinlichkeit einzunicken			
	Nie 0	Gering 1	Mittel 2	Hoch 3
Wenn Sie sitzen und lesen				
Beim Fernsehen				
Als Zuhörer bei einem Vortrag, im Kino oder Theater				
Als Beifahrer im Auto (Fahrzeit 1 Stunde, keine Pause)				
Beim Hinlegen nachmittags zum Ausruhen				
Wenn Sie sich sitzend mit jemandem unterhalten				
Im Sitzen nach dem Mittagessen (kein Alkohol getrunken)				
Sie müssen als Autofahrer vor einer roten Ampel halten				
Gesamtpunktzahl				

Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden: Ja Nein

Ich bin mit der Weitergabe des Untersuchungsergebnisses (Tauglichkeit) an den Arbeitgeber einverstanden.

Der Untersuchungsinhalt und die Befunde bleiben weiterhin unter ärztlicher Aufsicht und sind davon nicht betroffen. Die Schweigepflicht bleibt gewahrt.

JA NEIN

Ort
Datum
Unterschrift