

Anamnesebogen Eignung

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)	Geburtsort	
Größe:	Gewicht:	
Name des Arbeitgebers		
Tätigkeit als	Schichtarbeit(ja/Nein)	

JA	NEIN	Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen?				
		Bewusstseins- oder Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, sowie Anfallsleiden jeglicher Ursache				
		schlafbezogene Atemstörungen (Schlafapnoe) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)				
		Abhängigkeit bzw. Suchterkrankungen				
		Bluthochdruck				
		Herzrhythmusstörungen				
		Gemüts-, Geistes- oder Nervenkrankheiten				
		Erkrankungen der Ohren				
		Erkrankungen der Augen				
		Höhenangst				
		sonstige Erkrankungen				
		Nehmen Sie Medikamente ein- wenn ja welche?				
		Konsumieren Sie Alkohol– wenn ja wieviel?				
		Konsumieren Sie Cannabis?				
		Konsumieren Sie andere Drogen?				
		Wurden Sie schon einmal operiert?				
		Sind Sie schon einmal beim Steuern eines Autos für einige Sekunden 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:

	Wahrs	Wahrscheinlichkeit einzunicken				
	Nie	Gering	Mittel	Hoch		
	0	1	2	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						

Sie müssen als Autofahrer vor einer roten Ampel halten				
Gesamtpunktzahl				
Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung	einvers	tanden:	Ja	Nein
Mir ist bewusst, dass die Weitergabe der Besche meiner Verantwortung liegt.	einigung	an meine	en Arbei	tgeber ir

Unterschrift

Datum

Ort