BMD
Dr. Schüßler

Internist
Notfallmedizin
Betriebsmedizin

Arbeitsmedizinischer Fragebogen

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)……Telefon(geschäftlich)…….…….
Name und Anschrift des Arbeitgebers……..…..……..
……..…….……..
Tätigkeit als…….
Arbeitszeit (Std./Woche)……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

Bestehen bei Ihnen folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen):

JA	Nein	
O	O	**Herz-Kreislauf (**z.B. Bluthochdruck, Herzschädigung,etc.)……
O	O	**Lunge Atemwege** (z.B. Asthma, Bronchitis, COPD)……...
O	O	**Stoffwechsel** (z.B.Diabetes-Zucker, erhöhte Blutfette, Gicht)……..
O	O	**Magen-Darm**.....
O	O	**Allergien**……..
O	O	**Hauterkrankung** (z.B.Ekzem, Ausschlag, Neurodermitis)?.....
O	O	**Infektion** (z.B.HIV-AIDS, Hepatitis B oder C)?.....
O	O	**Rauchen Sie?** Zigaretten täglich…… Seit wann?.....
O	O	Haben Sie früher **geraucht?** Zigaretten täglich?..... von……bis……..
O	O	**Psychischen Erkrankungen** (z.B. Depression, Burnout, Essstörung,…)
O	O	**Degenerative Gelenkerkrankungen** (Bandscheibenvorfall, Hüft-oder Knieprobleme,…)
O	O	Sind Sie entsprechend des Maserschutzgesetzes 2 malig gegen Masern geimpft?
O	O	**Sonstige Erkrankungen** (z.B. Schlaganfall, Krampfanfall, Operationen, Unfälle)?

……..
Medikamente, die ich einnehme (Dosis tägl./ wöchentlich)…….
…….
……
……

Größe……**Gewicht**……..

Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden O JA O NEIN

_____,_____/_____
Ort **Datum** **Unterschrift**