



## Datenaufnahme für die Betriebsärztin

G \_\_\_\_

(Die Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht an den Arbeitgeber weitergegeben)

### Angaben zu Ihrer Person:

(Name) \_\_\_\_\_

(Straße) \_\_\_\_\_

(PLZ, Wohnort) \_\_\_\_\_

(Telefonnummer) \_\_\_\_\_

(Mail-Adresse) \_\_\_\_\_

(Geburtsdatum) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ cm ; \_\_\_\_\_ kg

(Größe) (Gewicht)

/ ;

(RR) (Puls)

Impfpass vorhanden  ja  nein

Impfung Hepatitis B  ja  nein

Impfung Masern  ja  nein

(letzte Tetanusimpfung)

- regelmäßiges Sport treiben
- Rauchen
- regelmäßiger Alkoholkonsum
- regelmäßige Medikamenteneinnahme
- Konsum anderer Drogen

### Chronische und andere Erkrankungen / Beschwerden:

- |                                           |                                                  |                                           |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck           | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle    | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten  | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit  | <input type="checkbox"/> Operationen             | <input type="checkbox"/> Allergien        |
| <input type="checkbox"/> Andere:  ....    |                                                  |                                           |

Derzeitige körperliche Beschwerden: \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben: \_\_\_\_\_

(Ort, Datum) \_\_\_\_\_

(Unterschrift) \_\_\_\_\_

### Angaben zum Arbeitgeber:

(Firmenname) \_\_\_\_\_

(Straße) \_\_\_\_\_

(PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Tätigkeit: \_\_\_\_\_

- |                                                 |                                        |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vollzeit               | <input type="checkbox"/> Schichtarbeit |
| <input type="checkbox"/> Teilzeit               | <input type="checkbox"/> Montage       |
| <input type="checkbox"/> geringf. Beschäftigung | <input type="checkbox"/> Akkordarbeit  |

Besondere Belastungen bei der Arbeit: \_\_\_\_\_

#### Labor je nach Gefährdungen:

(z.B. für die arbeitsmedizinische Vorsorge nach „G 42“: Urin, Blutzucker, Kreatinin,  $\gamma$ -GT, GOT, kl. BB, BSG, Hepatitis-B- und -C-Serologie)