



## 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)

.....  
(Geburtsdatum)

..... cm ; ..... kg  
(Größe) (Gewicht)  
/ ;

..... (RR) ..... (Puls)

Impfpass vorhanden  ja  nein

Impfung Hepatitis B  ja  nein

.....  
(letzte Tetanusimpfung)

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

### Chronische und andere Erkrankungen / Beschwerden

- Lungenerkrankung
- Krampfanfälle
- Hautkrankheiten
- Nervenerkrankung
- Herzerkrankung
- Zuckerkrankheit
- Andere: ....
- Bluthochdruck
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Nierenerkrankung
- Wirbelsäulenbeschwerden
- Allergien
- Operationen

Derzeitige körperliche Beschwerden: .....

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben:

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Firmenname)

.....  
(Straße)

.....  
(PLZ, Ort)

.....  
Beruf:

.....  
Tätigkeit:

- Vollzeit
- Teilzeit
- geringf. Beschäftigung
- Schichtarbeit
- Montage
- 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)

.....  
(Unterschrift)



## Datenaufnahme für die Betriebsärztin II

G \_\_\_\_

### Ärztlicher Untersuchungsbefund:

Augen:	o.B./pathol.	Wirbelsäule:	o.B./pathol.
Ohren:	o.B./pathol.	Extremitäten:	o.B./pathol.
Rachen:	o.B./pathol.	Abdomen:	o.B./pathol.
Lymphknoten:	o.B./pathol.	Nieren:	o.B./pathol.
Haut:	o.B./pathol.	Reflexe:	o.B./pathol.
Herz:	o.B./pathol.	Vegetativum:	o.B./pathol.
Lunge:	o.B./pathol.	Romberg-Stehversuch:	o.B./pathol.

### Diagnosen:

### Beurteilung:

- keine gesundheitlichen Bedenken
- keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen: .....
- befristete gesundheitliche Bedenken bis .....
- dauernde gesundheitliche Bedenken

### Empfehlung:

### Bemerkungen:

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)