

Fragebogen zur Untersuchung nach G 25 und G 41 (Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten und Absturzgefahr)

Name: , Vorname:
Geburtsdatum: Größe: cm Gewicht: kg

Benötigen Sie Sehhilfen?

Fernbrille Gleitsichtbrille Lesebrille Kontaktlinsen

Haben Sie Beschwerden bei der Arbeit:

Nacken- oder Schulterschmerzen Schnelle Ermüdbarkeit Angstgefühle
 Schwindel, Gleichgewichtsstörungen sonstiges:

Nehmen Sie Medikamente, Aufputschmittel:

Momentane oder frühere augenärztliche Behandlungen wegen:	ja	nein
Schielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Netzhautablösung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trübung der Augenlinse (Katarakt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Momentan oder frühere Erkrankungen:	ja	nein
Schnarchen Sie häufig oder berichtet Ihr Partner darüber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atemaussetzer oder berichtet Ihr Partner darüber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie am Tage unter Schläfrigkeit? (schlafen Sie ungewollt ein?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal während der Arbeit Sekundenschlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzstechen, .-infarkt, Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüts- oder Geisteskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol- oder Drogenmissbrauch/ -sucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsbeeinträchtigungen von Armen/ Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum:

Unterschrift: _____

Wir behandeln Ihre Daten streng vertraulich und geben diese nicht an Dritte weiter! Sie haben jederzeit das Recht Ihre Daten bei uns einzusehen und abzurufen.

Den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten nehmen wir sehr ernst und setzen eine Reihe von technischen und organisatorischen Maßnahmen ein, um diese vor unbefugtem Zugriff zu schützen. Eine Übersicht über unseren Umgang mit dem Datenschutz und die Umsetzung der Datenschutzgrundverordnung finden Sie auf unserer Internetseite www.pia-arbeitsmedizin.de/datenschutzerklärung.html

Haben Sie darüber hinaus noch weitere Fragen, sprechen Sie uns gerne an!