

Medizinischer Fragebogen - SECO-Untersuchung-Zwischenanamnese

Name, Vorname: **Geburtsdatum:**

Arbeitgeber: **Tätigkeit:**

Schichtsystem (z.B. 3-Schicht, 6/4-Schicht, Dauernachtarbeit, etc.) :

Schichtfolge (z.B. F-S-N, N-S-F, etc.):

Arbeitszeiten (von ... bis): **Frühschicht** **Spätschicht** **Nachtschicht**

Arbeitsweg (Verkehrsmittel, Zeitdauer):

Familienstand:

Kinder (ggf. Anzahl, Alter):

Sport, Hobbies (ggf. was und wie häufig pro Woche):

Seit der letzten SECO-Untersuchung durchgemachte . . .

| | | |
|----------------------------|-------------------------------|--|
| schwere Krankheiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| schwere Unfälle | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| Operationen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| Allergien | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| Impfungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |

Derzeitige gesundheitliche Situation

| | | |
|---|--|--|
| arbeitsbezogene Beschwerden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| sonstige Beschwerden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| Wohlbefinden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Chronische Krankheiten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? |
| Ist Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sind Sie Brillen-/ Kontaktlinsenträger? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Ferne <input type="checkbox"/> Nähe |
| Frauen: Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, was und wieviel? |
| | <input type="checkbox"/> nein - aufgehört, wann? | |
| Trinken Sie Alkohol? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, was, wie viel und wie oft? |
| Nehmen Sie Drogen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, was, wie viel und wie oft? |

Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie zurzeit einnehmen (inkl. „Pille“):

.....

Ort, Datum:

Unterschrift: