

Medizinischer Fragebogen - SECO-Untersuchung-Zwischenanamnese

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Arbeitgeber: Tätigkeit:

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

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

Arbeitszeiten: Frühschicht Spätschicht Nachtschicht

Arbeitsweg (Verkehrsmittel, Zeitdauer):

Familienstand:

Kinder (ggf. Anzahl, Alter):

Sport, Hobbies:

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
Machen Sie Sport?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, was und wie häufig pro Woche?
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?
Nehmen Sie Medikamente (inklusive „Pille“)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?

Ort, Datum:

Unterschrift: