

Ärztliches Tauglichkeitszeugnis für den Dienst auf schweizerischen Hochseeschiffen Medizinischer Fragebogen

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Arbeitgeber: Tätigkeit:

Schiffs-Typ (z.B. Container, Tanker, Passagier):

Einsatzgebiet (z.B. Küste, Tropen, weltweit):

Letzte schiffsärztliche Untersuchung: bei wem?

Wurden Sie jemals als untauglich zur Arbeit an Bord eines Schiffes bezeichnet? nein ja
Falls ja, wann? untersuchender Arzt: Grund:

Wurde Ihnen jemals ein ärztliches Zeugnis mit einer eingeschränkten Tauglichkeit ausgestellt? nein ja
Falls ja, wann? untersuchender Arzt: Grund:

Wurden Sie seit der letzten schiffärztlichen Untersuchung geimpft? nein ja
Falls ja, bitte Details angeben (Impfstoff etc.):

!!! Bemerkung: Bitte bringen Sie zur Untersuchung unbedingt Ihren Impfausweis mit - Vielen Dank !!!

Familienanamnese

Bitte geben Sie an, ob jemand in Ihrer näheren Familie (Grosseltern, Eltern oder Geschwister) an folgenden Erkrankungen leidet oder litt:

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer?
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer?
Cholesterinerhöhung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer?
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer?
Hirnschlag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer?
Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer?
Sonstiges	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, was und wer?

Derzeitige gesundheitliche Situation

Bestehen bei Ihnen derzeit gesundheitliche Störungen? nein ja
Falls ja, welche?

.....

Sind Sie derzeit in Behandlung bei einem Arzt, Psychotherapeuten, etc.? nein ja
Falls ja, weshalb?

.....

Sind Sie Brillen- oder Kontaktlinsenträger? nein ja
Frauen: Sind Sie schwanger? nein ja

Machen Sie Sport? nein ja: Was?

Rauchen Sie? nein ja Falls ja, seit wann? wie viel?
 nein-aufgehört Ggf. wie viele Jahre und wieviel geraucht?

Trinken Sie Alkohol? nein ja Falls ja, Art, Menge und Häufigkeit

Nehmen Sie Drogen? nein ja Falls ja, Art, Menge und Häufigkeit

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

.....

Persönliche Vorgeschichte

Bitte geben Sie an, **ob** und ggf. **wann** Sie . . .

- . . . **gravierende Erkrankungen** (z.B. Schlaganfall, Krebsleiden u.a.),
- . . . **Operationen** (z.B. an Mandeln, Blinddarm, Leistenbruch, Bandscheiben, Augen u.a.), oder
- . . . **Unfälle bzw. Verletzungen** (z.B. Knochenbrüche, Bänderrisse u.a.) hatten.

.....

.....

.....

Systemische Vorgeschichte

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Falls ja, bitte Zutreffendes unterstreichen.

Epilepsie, Schwindelanfälle, Ohnmachtszustände, Gedächtnisstörungen, chronischer Kopfschmerz, Migräne, Lähmungen, Gleichgewichtsstörungen, etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herzbeschwerden, Herzfehler, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, niedriger oder hoher Blutdruck, Kollapszustände, Gefässerkrankungen, Venenleiden, etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Lungen- oder Brustfellentzündung, Lungen-Tuberkulose, etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Magen-Darm-Beschwerden (z.B. Entzündungen/Geschwüre, Morbus Crohn), Gallensteine, Lebererkrankungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Hämorrhoiden, Enddarmfisteln, etc	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, erhöhte Blutfette, Gicht, Schilddrüsenfunktionsstörungen, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Psychische Störungen, Höhenangst, Klaustrophobie, Depressionen, Suizidversuche, Sucht-leiden, Entzugsbehandlungen wegen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schlafstörungen, Schnarchen, nächtliche Atempausen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ohrenleiden (z.B. Hörstörungen, Tinnitus, etc.), Augenleiden (z.B. grauer Star, Glaukom, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Blutkrankheiten (z.B. Anämie, etc.), Gerinnungsstörungen, Lymphdrüsen-schwellungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wirbelsäulenprobleme (z.B. Bandscheibenerkrankungen, Hexenschuss, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Knochen-, Gelenks-(z.B. Arthrose, Rheuma, etc.) oder Muskelkrankheiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nierenerkrankungen (z.B. Zysten, Entzündungen, Steine, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Allergien (z.B. gegen Pollen, Tierhaare, Insekten, Nahrungsmittel, Medikamente, etc.) oder Hauterkrankungen (z.B. Ekzeme, Psoriasis, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Infektiöse Darmerkrankungen (z.B. Salmonellen, Shigellen, Amöben, Lamblien), Harnwegs - oder Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Sind Sie militärdienstuntauglich erklärt worden?

nein ja

Falls ja, weshalb?

Hiermit erkläre ich, dass ich obige Angaben sorgfältig ausgefüllt und weder wichtige Informationen ver-schwiegen, noch falsche Angaben gemacht habe.

Gleichzeitig ermächtige ich meine behandelnden Ärzte zur Auskunftserteilung und/oder Übermittlung medizi-nischer Unterlagen an die untersuchende Stelle.

Ort, Datum:

Unterschrift: