

## Medizinischer Fragebogen - SUVA-Vorsorgeuntersuchung FB2124

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Arbeitgeber: ..... Vorgesetzter: .....

Tätigkeit: ..... Standort/Bau: .....

Schichtarbeit  nein  ja, welches Modell? .....

Staplerfahrer  nein  ja

Lotse  nein  ja

Angehöriger der Betriebsfeuerwehr  nein  ja

### Seit der letzten SUVA-Untersuchung durchgemachte . . .

schwere Krankheiten  nein  ja, welche? .....

schwere Unfälle  nein  ja, welche? .....

Operationen  nein  ja, welche? .....

### Derzeitige gesundheitliche Situation

arbeitsbezogene Beschwerden  nein  ja, welche? .....

sonstige Beschwerden  nein  ja, welche? .....

Wohlbefinden  nein  ja

Chronische Krankheiten  nein  ja, welche? .....

Ist Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?  nein  ja

Sind Sie Brillen-/ Kontaktlinsenträger?  nein  ja  Ferne  Nähe

Frauen: Sind Sie schwanger?  nein  ja

Machen Sie Sport?  nein  ja

Rauchen Sie?  nein  ja, was und wieviel? .....

nein - aufgehört, wann? .....

Trinken Sie Alkohol?  nein  ja, was, wie viel und wie oft? .....

Nehmen Sie Drogen?  nein  ja, was, wie viel und wie oft? .....

Nehmen Sie Medikamente (inklusive „Pille“)?  nein  ja, welche? .....

### Organbezogene Fragen

#### Atemwege

chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bindehautentzündung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Asthma, Atemnot anfallsweise	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Erkrankung der Nase/Nebenhöhlen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Rachenentzündung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Kehlkopfentzündung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

#### Herz / Kreislauf

Angina pectoris	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	unregelmässiger Puls	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herzklopfen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

#### Nervensystem

Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bewusstlosigkeitszustände, Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
erhöhte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Schwindel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Psychische Beschwerden/ Depression	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Muskelschwäche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Benommenheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Missempfindungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

**bitte wenden**

**Bauchorgane**

Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Magenbeschwerden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
saures Aufstossen /Sodbrennen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Durchfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

**Haut**

Hautveränderungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Neurodermitis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------	-------------------------------	-----------------------------	---------------	-------------------------------	-----------------------------

Ort, Datum:

Unterschrift: