

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: