RescueService Rheinland

# Gesundheitsfragebogen

| Name, Vorname, Geb.Dat.: | |
|---|---|
| Firma: | |
| Körpergewicht: | Körpergröße: |

Telefonnummer _____ Emailadresse: _____

Mit diesem Fragebogen soll dem Arzt ein Überblick über Ihren Gesundheitszustand gegeben werden. Er bildet zusammen mit den in der Untersuchung festgestellten Befunde die Grundlage für Ihre arbeitsmedizinische Beurteilung. Das persönliche Gespräch ist wichtig und soll durch diesen Fragebogen nicht ersetzt werden. Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, dies gilt auch gegenüber Ihrem Arbeitgeber.

**Rauchen** ◯ nein ◯ ja, _____Zigaretten / Tag **Drogen** ◯ nein ◯ ja,_____
**Alkohol** ◯ nie ◯ selten ◯ gelegentlich ◯ regelmäßig Menge (pro Tag oder Woche)_____
**Allergien** ◯ nein ◯ ja, _____
**Sport** ◯ nie ◯ gelegentlich ◯ regelmäßig
**Medikamente** ◯ nein ◯ ja,_____

**Ich leide oder litt an folgenden Erkrankungen:**

| | | |
|---|---|---|
| Bluthochdruck | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| des Herzens (Infarkt, Rhythmusstörungen, Klappenfehler, etc.) | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| Durchblutungsstörungen | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| der Lunge (Asthma, Bronchitis, COPD, etc.) | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| der Leber / Gallenblase / Bauchspeicheldrüse | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| der Niere / Harnblase | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| des Magens / Darms | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| der Schilddrüse | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| erhöhtem Blutzucker / Diabetes | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| des Gehirns (Schlaganfall, Epilepsie, etc.) | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| der Nerven (Nervenlähmungen, Polyneuropathie, etc.) | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| seelischen Erkrankungen (Depressionen, etc.) | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| der Wirbelsäule und Gelenke | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| Krebserkrankungen / Bluterkrankungen / Infektionskrankheiten | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| der Augen / Ohren | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| (nur Feuerwehr – Maskenbrille | ◯ ja ◯ nein) | |
| der Haut | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| Wurden Ihnen Kuren gewährt? | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| Beziehen Sie eine Rente? | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor? | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| Liegt eine Schwerbehinderung vor? | ◯ nein | ◯ ja, Grad _____ |
| Sind Sie schon einmal operiert worden? | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| Hatten Sie Unfälle mit erheblichen Verletzungsfolgen? | ◯ nein | ◯ ja, _____ |
| Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? | ◯ ja | ◯ nein, _____ |

_____
Unterschrift