

## Eignungsuntersuchung Atemschutzgeräteträger Anamnesebogen nach DGUV

Name: \_\_\_\_\_, geb.: \_\_\_\_\_

Mit diesem Fragebogen erhalten Sie die Möglichkeit, in Ruhe vor der Untersuchung, die erforderlichen Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten. Der Fragebogen soll das Untersuchungsgespräch vorbereiten helfen.

Er verbleibt in den Unterlagen beim Personalärztlichen Dienst

Das Ergebnis der Untersuchung wird der auftraggebenen Stelle mitgeteilt. Soweit es für die Entscheidung erforderlich ist, werden auch die Grundlagen des Untersuchungsergebnisses und deren medizinische Bewertung genannt. Innerhalb dieses Rahmens besteht kein ärztliche Schweigepflicht. Im Übrigen aber werden Ihre Angaben **streng vertraulich** behandelt.

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie zurzeit Gesundheitsbeschwerden?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Name des Hausarztes/Ärztin _____                        |                          |                          |
| 4. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?<br>Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen oder Beschwerden:

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 5. Herz-/Kreislaufkrankungen<br>(z.B. Gefäßerkrankung, Herzinfarkt, Herklappenerkrankung)<br>Thrombosen, Embolien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bluthochdruck?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Ja                       | Nein                     |
| 7. Neigung zu Erkältungskrankheiten, Bronchitis,<br>Rachen- und Mandelentzündungen, länger anhaltende Heiserkeit?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Lungenerkrankungen, Tuberkulose?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bronchialasthma?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Heuschnupfen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Name: \_\_\_\_\_, geb.: \_\_\_\_\_

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 11. Magen-/Darmerkrankungen (z.B. Entzündungen, Geschwüre)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Erkrankungen der Leber, Gelbsucht?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Krankheiten der Gallenblase, Bauchspeicheldrüse?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 14. Erkrankungen der Nieren oder Harnblase? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Zuckerkrankheit?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Störung der Schilddrüsenfunktionen?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |                      | Ja                       | Nein                     |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Hautkrankheiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Allergien?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 19. Erkrankungen der Augen/Fehlsichtigkeit?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Erkrankungen der Ohren<br>(z.B. Trommelfelloperationen, Hörsturz, Ohrgeräusch)<br>Hörminderung sonstiger Ursache? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |                  | Ja                       | Nein                     |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| 21. Vergiftungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Name: \_\_\_\_\_, geb.: \_\_\_\_\_

22. Hatten Sie Schwindelanfälle, leiden Sie häufig an  
Kopfschmerzen, Migräne? Ja    Nein

23. Bewusstlosigkeit, Krampfanfälle, andere  
neurologisch-psychiatrische Erkrankungen? Ja    Nein

24. Rheuma oder Gelenk-, Wirbelsäulenbeschwerden,  
Knochenbrüche oder Unfälle? Ja    Nein

25. Sonstige, hier nicht erwähnte Erkrankungen oder  
Gesundheitsstörungen? Ja    Nein

**Sonstige Fragen:**

26. Besteht eine Behinderung mit Feststellung durch das  
zuständige Versorgungsamt?  
Ggf. GdB: Ja    Nein

27. Wurden in den letzten drei Jahren bei Ihnen  
Tauglichkeits- oder Einstellungsuntersuchungen durchgeführt? Ja    Nein

28. Wurden Sie im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung  
behandelt? Ja    Nein

29. Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt?  
Wenn ja, welche und wann: Ja    Nein

30. Hatten Sie stationäre Krankenhausaufenthalte / Kuren?  
Wenn ja, weshalb und wann: Ja    Nein

---

Name: \_\_\_\_\_, geb.: \_\_\_\_\_

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 31. Besitzen Sie einen Röntgenpasse?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Wann erfolgte die letzte Röntgenaufnahme der Lunge?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Sonstige Röntgenaufnahmen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Ja                       | Nein                     |
| 34. Wurden sie bereits früher vom Personalärztlichen oder<br>Arbeitsmedizinischen Dienst untersucht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Wenn ja wann? _____  |                          |                          |

Sie werden darauf hingewiesen, dass eine richtige medizinische Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes nur möglich ist, wenn Sie alle Angaben vollständig darlegen. Sollten Fragen bei der Beantwortung auftreten, kann eine weitere Klärung im Untersuchungsgespräch selbst erfolgen.

Bewusst fehlerhafte Angaben, die den Gesundheitszustand betreffen oder bewusst verschwiegene gesundheitliche Beeinträchtigungen, können zu einer Rücknahme der Ernennung bzw. zu arbeitsrechtlichen Konsequenzen führen.

---

Ort, Datum

Unterschrift