

Fragebogen zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge

Die hier gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

beschäftigt als: _____

Arbeitgeber: _____

Unfälle? _____ wann? _____

Stationäre Behandlung im Krankenhaus? _____

Operationen? _____ wann? _____

Reha: _____ wann? _____

Schwerbehinderung: _____ %

Allergie

☐

Nein

☐

Ja, folgende _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein

☐

Nein

☐

Ja, folgende Medikamente _____

Vorerkrankungen

☐

Nein

☐

Ja, folgende _____

Mit der Abnahme eines HIV-Antikörpertests bin ich einverstanden

☐

Nein

☐

Ja

Datum: _____ Unterschrift: _____