

Fragebogen zur Untersuchung nach G 41 (Absturzgefahr)

Name: , Vorname:

Geburtsdatum: Größe: cm Gewicht: kg

Benötigen Sie Sehhilfen?

☐ Fernbrille ☐ Gleitsichtbrille ☐ Lesebrille ☐ Kontaktlinsen

Haben Sie Beschwerden bei der Arbeit:

☐ Nacken- oder Schulterschmerzen ☐ Schnelle Ermüdbarkeit ☐ Angstgefühle
☐ Schwindel, Gleichgewichtsstörungen ☐ sonstiges:

Nehmen Sie Medikamente, Aufputschmittel:

Momentane oder frühere augenärztliche Behandlungen wegen:	ja	nein
Schielen	☐	☐
Netzhautablösung	☐	☐
Verletzung	☐	☐
Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)	☐	☐
Trübung der Augenlinse (Katarakt)	☐	☐
Sonstiges:	☐	☐

Momentan oder frühere Erkrankungen:	ja	nein
Schnarchen Sie häufig oder berichtet Ihr Partner darüber?	☐	☐
Haben Sie Atemaussetzer oder berichtet Ihr Partner darüber?	☐	☐
Leiden Sie am Tage unter Schläfrigkeit? (schlafen Sie ungewollt ein?)	☐	☐
Hatten Sie schon einmal während der Arbeit Sekundenschlaf?	☐	☐
Zuckerkrankheit	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐
Herzstechen, .-infarkt, Schlaganfall	☐	☐
Herzrhythmusstörungen	☐	☐
Gemüts- oder Geisteskrankheiten	☐	☐
Alkohol- oder Drogenmissbrauch/ -sucht	☐	☐
Funktionsbeeinträchtigungen von Armen/ Beinen	☐	☐
Epilepsie	☐	☐

Ort, Datum:

Unterschrift: _____

Wir behandeln Ihre Daten streng vertraulich und geben diese nicht an Dritte weiter! Sie haben jederzeit das Recht Ihre Daten bei uns einzusehen und abzurufen.

Den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten nehmen wir sehr ernst und setzen eine Reihe von technischen und organisatorischen Maßnahmen ein, um diese vor unbefugtem Zugriff zu schützen. Eine Übersicht über unseren Umgang mit dem Datenschutz und die Umsetzung der Datenschutzgrundverordnung finden Sie auf unserer Internetseite www.pia-arbeitsmedizin.de/datenschutzerklärung.html

Haben Sie darüber hinaus noch weitere Fragen, sprechen Sie uns gerne an!