Privates Institut
für Arbeitsmedizin

E-Mail: info@pia-arbeitsmedizin.de
Internet: www.pia-arbeitsmedizin.de

Fragebogen zur Untersuchung nach G 26 (Atemschutz)

Name: , Vorname:

Geburtsdatum: Größe: cm Gewicht: kg

Frage	ja	nein
Welche der folgenden Atemschutzgeräte tragen Sie regelmäßig oder gelegentlich bei der Arbeit:		
• Atemschutzgeräte mit Maske / Mundstück und Pressluft Flaschen	☐	☐
• Vollmaske oder Halbmaske mit (Partikel- / Gas-) Filter	☐	☐
• Druckluftschlauchgerät (Kompressor und Helm)	☐	☐
• einfache Filtermaske (Typ: OP- Maske, Grobstaubmaske)	☐	☐
• Andere:	☐	☐
Haben Sie in den letzten 12 Monaten ein Atemschutzgerät getragen?	☐	☐
Führen Sie *leichte* körperliche Tätigkeit unter *Atemschutz* aus (z.B. Aufsicht, Kontrollgänge, kurzzeitig Schieber/ Ventil betätigen)?	☐	☐
Führe Sie *mittelschwere* körperliche Tätigkeiten unter Atemschutz aus (z. B. längere Montagetätigkeit, längere Tätigkeiten in Zwangshaltungen, Bewegen von leichteren Lasten)?	☐	☐
Führen Sie sehr *schwere* körperliche Tätigkeit unter Atemschutz aus (z.B. längere schwere Montagetätigkeit mit Bewegen von schweren Lasten, Schaufeln, schweres Tragen)?	☐	☐
Haben Sie Bewusstsein- oder Gleichgewichtsstörungen oder Anfallsleiden/Epilepsie?	☐	☐
Haben Sie Erkrankungen des Nervensystems mit wesentlichen Funktionsstörungen?	☐	☐
Leiden Sie an Hirndurchblutungsstörungen?	☐	☐
Haben oder hatten Sie Gemüts- oder Geisteskrankheiten?	☐	☐
Haben Sie Klaustrophobie (Angst vor engen Räumen) erheblichen Grades?	☐	☐
Haben oder hatten Sie schon einmal ein Loch im Trommelfell (Trommelfellperforation) ?	☐	☐
Haben Sie Sekretfluss aus einem Ohr?	☐	☐
Hören Sie normal?	☐	☐
Haben Sie Probleme beim Sehen?	☐	☐
Leiden Sie an Augenerkrankungen?	☐	☐

Privates Institut
für Arbeitsmedizin

E-Mail: info@pia-arbeitsmedizin.de
Internet: www.pia-arbeitsmedizin.de

Tragen Sie eine Sehhilfe?	☐	☐
Tragen Sie eine Zahnvollprothese?	☐	☐
Haben Sie einen Eingeweidebruch?	☐	☐
Leiden Sie an Lungenblähung, chronischer Bronchitis oder Bronchialasthma?	☐	☐
Leiden Sie an einer Erkrankung oder Veränderung des Herzens oder des Kreislaufs?	☐	☐
Leiden Sie an Blutdruckveränderungen stärkeren Grades?	☐	☐
Hatten Sie schon einen Herzinfarkt oder leiden Sie an Angina pectoris (Herzenge)?	☐	☐
Liegen bei Ihnen erhebliche Veränderungen des Skelettes vor?	☐	☐
Leiden Sie an infektiösen oder allergischen Hautkrankheiten?	☐	☐
Leiden Sie an Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus)?	☐	☐
Haben Sie bei sich Schleimhautveränderungen von Mund, Rachen oder Nase bemerkt?	☐	☐
Trinken Sie täglich Alkohol?	☐	☐
Rauchen Sie?	☐	☐
Benutzen Sie andere Drogen?	☐	☐

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche:

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!