

## EHRENERKLÄRUNG ÜBER DEN GESUNDHEITZUSTAND FÜR DIE ZWECKE VON ARBEITSMEDIZINISCHEN DIENSTEN

Vor- und Nachname: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsnummer: .....

Wohnadresse in der Tschechischen Republik: .....

Hauptwohnsitz: .....

Nummer des Personalausweises: .....

Nummer des Reisepasses: .....

Krankenversicherung Nr.: .....

*Zutreffendes einkreisen!*

### FAMILIENANAMNÄSE

Sind bei Ihren Blutsverwandten erster Stufe folgende Krankheiten aufgetreten, bzw. treten diese auf:

Tuberkulose, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Asthma, Epilepsie, vererbare oder angeborene Erkrankungen, andere Erkrankungen?

NEIN       JA .....

### PERSÖNLICHE ANAMNÄSE

Stehen Sie gegenwärtig in Behandlung  NEIN  JA .....

Wurden Sie in der Vergangenheit behandelt  NEIN  JA .....

### BEFÄHIGUNGEN, EINSCHRÄNKUNGEN

Besitzen Sie einen Waffenschein:  NEIN  JA

Führerschein:                       NEIN    JA, Gruppen: .....

Invalidenpension:                       NEIN  JA seit dem Jahr .....

Stufe: .....

Eingeschränkte Arbeitsfähigkeit:  NEIN  JA seit dem Jahr .....

**Sind Sie an einer der folgenden Krankheiten erkrankt?**

Infektionskrankheiten (TBC, Syphilis, Tripper, Virushepatitis, Salmonellose, Pfeiffersches Drüsenfieber, andere)

NEIN  JA welche? .....

Erkrankungen des Bewegungsapparates (chronische Gelenks- oder Wirbelsäulenschmerzen, andere ...)

NEIN  JA welche? .....

Herz- und Gefäßerkrankungen (Bluthochdruck, Herzinfarkt, Arrhythmie, Herzfehler, andere...)

NEIN  JA welche? .....

Lungenerkrankungen (Asthma, chronische Bronchitis, andere ...)

NEIN  JA welche? .....

Nervenerkrankungen (Epilepsie, Migräne, Bewusstlosigkeit, Gleichgewichtsstörungen, andere ...)

NEIN  JA welche? .....

Psychische Erkrankungen (Depression, Manie, Psychose, Alkoholsucht, Toxikomanie, andere ...)

NEIN  JA welche? .....

Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Darmentzündungen, sich oft wiederholende Verstopfung oder Durchfall, andere ...)

NEIN  JA welche? .....

Erkrankungen der Leber und Gallenwege (Fettleber, Gallenkoliken, Steine, andere ...)

NEIN  JA welche? .....

Nieren- und Harnwegserkrankungen (chronische Entzündungen, verringerte Funktion, Koliken, Steine, andere ...)

NEIN  JA welche? .....

Hauterkrankungen (Ekzeme, lokale Allergien, Entzündungs- oder Pilzkrankungen, andere ...)

NEIN  JA welche? .....

Augenerkrankungen (verschlechtertes Sehvermögen, Störungen des Sichtfeldes, grauer oder grüner Starr, Entzündungen, andere ...)

NEIN  JA welche? .....

Ohrenerkrankungen (verschlechtertes Hörvermögen, chronische Mittelohrentzündungen, Ohrensausen, andere ...)

NEIN  JA welche? .....

Endokrinologie (Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Fettstoffwechselstörungen, Stoffwechselerkrankungen, Gicht, andere ...)

NEIN  JA welche? .....

Vorbeugende Fürsorge in einer spezialisierten Ambulanz (Kardiologie, Diabetologie, Endokrinologie, Neurologie, Psychiatrie, Augenambulanz, Lungenambulanz, Hautambulanz, Onkologie, Orthopädie, Allergologie, Rheumatologie, andere ...)

NEIN  JA führen Sie an welche und seit wann .....

Krankenhausaufenthalt:

NEIN  JA führen Sie an wann und warum .....

Operationen:

NEIN  JA was .....

Unfälle (Brüche, Bewusstlosigkeit, Amputationen ...)

NEIN  JA führen Sie an welche und wann .....

Tetanusimpfung:

NEIN  JA Datum der letzten Impfung .....

### SCHÄDLICHE GEWOHNHEITEN

Trinken Sie Alkohol?

NEIN  JA / gelegentlich  JA/regelmäßig

JA? Welche und wie viel täglich: .....

Nehmen Sie Drogen und Suchtmittel:  NEIN  JA und welche .....

### ALLERGISCHE ANAMNESE

Sind bei Ihnen in der Vergangenheit oder gegenwärtig Allergien aufgetreten (insbesondere Allergien aufgrund des Arbeitsumfeldes – Kunststoffe, Metalle, Mineralöle, Farben, Staub, Pollen oder andere)

NEIN  JA führen Sie die Allergene an.....

### PHARMAKOLOGISCHE ANAMNESE

Nehmen Sie gegenwärtig irgendwelche Medikamente ein?

NEIN  JA führen Sie an welche .....

.....

### GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE (nur von Frauen auszufüllen)

Geburten:  NEIN  JA Anzahl .....

Sind Sie schwanger (gravid) ?  NEIN  JA

Arbeitsanamnese

Haben Sie in der Vergangenheit unter Arbeitsbedingungen der Kategorie 2R und höher gearbeitet?

Staub:	NEIN	JA
Chemische Schadstoffe:	NEIN	JA
Lärm:	NEIN	JA
Vibrationen:	NEIN	JA
Nichtionisierende Strahlung und elektromagnetische Felder:	NEIN	JA
Belastung:	NEIN	JA
Arbeitsposition:	NEIN	JA
Hitzebelastung:	NEIN	JA
Kältebelastung:	NEIN	JA
Psychische Belastung:	NEIN	JA
Sehbelastung:	NEIN	JA
Biologische Faktoren:	NEIN	JA
Höherer Luftdruck:	NEIN	JA

Weitere Tatsachen, die Sie gerne dem Arzt mitteilen würden:

.....  
.....

Ich erkläre, dass die von mir im Fragebogen angeführten Informationen meinem Wissensstand entsprechen, richtig und vollständig sind. Informationen, die ich als zu vertraulich betrachte, werde ich dem Arzt während der medizinischen Untersuchung mitteilen. Mir ist bewusst, dass ich durch eine Verheimlichung von Tatsachen bzw. falsche Informationen über meinen Gesundheitszustand eine Mitverantwortung für eine eventuelle falsche Beurteilung meiner gesundheitlichen Eignung für den unternommenen Eingriff übernehme. Insbesondere dann in Fällen, in denen Erkrankungen, die ich nicht angeführt oder wissentlich verheimlicht habe, nur durch spezielle Untersuchungen nachgewiesen werden können, die kein gängiger Bestandteil von medizinischen Untersuchungen beim Arzt sind.

Ich stimme der Verarbeitung meiner persönlichen Angaben gemäß GDPR im Sinne der Verordnung des Europäischen Parlaments und Rates (EU) 2016/679 vom 27.4.2016 zu.

Datum: .....

Unterschrift der behandelten Person