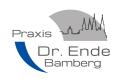
## Arbeitsmedizinische Untersuchung G41- Arbeiten mit Absturzgefahr



Bitte beantworten Sie diesen Anamnesebogen sorgfältig und wahrheitsgemäß. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

| Persönliche Daten:              |            |              |  |              |      |
|---------------------------------|------------|--------------|--|--------------|------|
| Name:                           |            | orname:      | geb.am:  |              | m/w  |
| Straße:                         |            | P            | LZ : Ort:  |              |      |
| Tel.:                           |            |              | Ihr Hausarzt:  |              |      |
| Beruf/ aktuelle Tätigkei        | t:         |              | Arbeitgeber:   |              |      |
| Schwerbehinderung: (GdE         | 3):        | %            | Besteht eine Erwerbsn  | ninderung?   |      |
| Welche Tätigkeit mit Abst       | urzgefah   | r führen Si  | e durch?   |              |      |
| Höhenangst?                     |            | F            | Rückenbeschwerden?   |              |      |
| Weitere Belastungen am A        | Arbeitspla | atz (z.B. Ge | efahrstoffe, Heben/Tragen, Na  | achtarbeit)? | ı    |
| Haben Sie eine oder mel         | nrere dei  | folgende     | n Vorerkrankungen?   |              |      |
| Vorerkrankung                   | JA         | NEIN         | Vorerkrankung  | JA           | NEIN |
| Bluthochdruck                   | ja         | nein         | Hauterkrankung   | ja           | nein |
| Herzerkrankung                  | ja         | nein         | Tumorerkrankung  | ja           | nein |
| Schlaganfall,<br>Nervenerkrank. | ☐ ja       | nein         | Rheuma/ Gelenke  | ja           | nein |
| Diabetes/ Blutzucker            | ja         | nein         | chron. Infektionskrankheit   | ja           | nein |
| Fettstoffwechsel/Gicht          | ia ja      | nein         | Anfallsleiden/ Epilepsie   | 🔲 ja         | nein |
| Thrombose/<br>Lungenembolie     | ja         | nein         | Psyche/ Sucht  | ja           | nein |
| Asthma/ chron.<br>Bronchitis    | ☐ ja       | nein         | Sonstige   | ja           | nein |
| Leber- oder<br>Nierenerkrankung | ja         | nein         | Bisherige Operationen  | ja           | nein |
| Magen/ Darm- Erkrankun          | g 🔲 ja     | nein         | Allergie/ Unverträglichkeit  | 🔲 ja         | nein |
| Trinken Sie Alkohol?            | nein [     | selten       | gelegentlich regelr  | näßig        |      |
| Nehmen Sie Drogen?              | ja 🗀       | nein         |  |              |      |
| Nehmen Sie Medikamente          | ?          |              |  |              |      |
| wenn ja, welche?                |            |              |  |              |      |
| _                               | _          | _            | e <mark>mäß und vollständig ausgefü</mark><br>Ing der Fragen Zeit genommen |              | n.   |

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_