

Fragebogen



B.U.V.
Dr. Schwarz

**Betriebs- u. Umweltmedizin,
Verkehrsmedizin**

Lieber Proband, liebe Probandin,

für die Begutachtung/Eignungsuntersuchung benötigen wir Ihre Mitarbeit.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen und geben dann den ausgefüllten Fragebogen bei der Anmeldung ab.

Danke!

Bahnhofsweg 2

27801 Dötlingen-Aschenstedt

Tel.: 0 44 33 – 9 40 21

E-Mail: dr.schwarz@buv-doetlingen

Nachname : _____ Größe: _____ cm
Vorname : _____ Gewicht: _____ kg
Str./Hausnr.: : _____ PLZ/Wohnort: _____
Geburtsort : _____ Geburtsdatum: _____

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an:

- A** Ich bin zurzeit **NICHT** krankgeschrieben
 Ich bin zurzeit krankgeschrieben wegen: _____
- B** Ich nehme **KEINE** Medikamente ein.
 Ich nehme folgende Medikamente ein: _____
- C** Ich habe **KEINE** chronische Erkrankung
 Ich leide an folgende chronische Erkrankung
- | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Augenleiden | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheiten z.B. Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Rot/Grün Sehschwäche | <input type="checkbox"/> Angina pectoris |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie/Krampfleiden | <input type="checkbox"/> Allergie |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schlafapnoe |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Ohnmacht, Schwindel | <input type="checkbox"/> Gemütskrankung |
| <input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen | _____ |

Datum

Unterschrift

Informationen über die Erhebung / Übermittlung von Behandlungsdaten u. Befunden nach § 73 Abs. 1b SGB V finden Sie bei uns auf der Homepage.