

Formular D

Name:	Vorname:	geb. am
Adresse:	Tel.-Nr.:	
Arbeitgeber:	Tätigkeit/Aufgabe:	
Feuerlöschaufgaben:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erstuntersuchung	<input type="checkbox"/>	Nachuntersuchung <input type="checkbox"/>
Letzte Untersuchung (MM/JJJJ)	durch wen:	

Fragebogen für die Untersuchung auf Offshore-Eignung

Zur Vereinfachung der Offshore-Eignungsuntersuchung werden Sie gebeten, diesen Fragebogen *sorgfältig* auszufüllen.

Wurden Sie bereits bei einer Voruntersuchung für ungeeignet befunden

(z.B. Musterung, arbeitsmedizinische Untersuchung)? Nein Ja

Krankenhausaufenthalte seit der letzten Untersuchung Nein Ja

Operationen, Unfälle seit der letzten Untersuchung Nein Ja

Gegenwärtige ärztliche/zahnärztliche Behandlung Nein Ja

Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung? Nein Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente Nein Ja

Arbeitsunfähigkeiten in den letzten 2 Jahren Nein Ja

- Trinken Sie Alkohol? Wenn ja wie viel? Nein Ja
- Rauchen Sie? Wenn ja wie viel? Nein Ja
- Nehmen Sie Drogen? Nein Ja
- Ist Ihr Impfschutz gegen Tetanus abgelaufen? Nein Ja
- (Bitte Impfausweis vorlegen)

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen:

- Augenerkrankungen, Sehstörungen (z.B. Brille oder Kontaktlinsen)..... Nein Ja
- Farbsehstörung/-schwäche..... Nein Ja
- Nachtblindheit Nein Ja
- Ohrerkrankungen (z.B. Trommelfellriss, Schwerhörigkeit, Hörgerät)..... Nein Ja
- Zahnproblemen, Prothesen Nein Ja
- Schwindel, Bewusstlosigkeit Nein Ja
- Neigung zu Seekrankheit Nein Ja
- Höhenangst..... Nein Ja
- Herz-/Kreislaufkrankungen
(z.B. Bluthochdruck, Brustschmerzen, Herzrhythmusstörungen)..... Nein Ja
- Atemwegserkrankungen
(z.B. Kurzatmigkeit, häufige Bronchitis, Asthma, Tuberkulose) Nein Ja
- Infektionskrankheiten Nein Ja
- Zuckerkrankheit Nein Ja
- Nieren-, Harnwegserkrankungen
(z.B. Nierensteine, chron. Harnwegsinfekte, Fehlen einer Niere) Nein Ja

Bauchorganerkrankungen

(z.B. Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse, Magen, Darm.....) Nein Ja

Verdauungsstörungen (z.B. Blut im Stuhl, Durchfälle) Nein Ja

Leistenbrüche Nein Ja

Erkrankungen des Bewegungsapparates

(z.B. Endoprothesen, Rücken-/Gelenkschmerzen, Rheuma) Nein Ja

Psychischen Erkrankungen (z.B. Depressionen, Angstzustände) Nein Ja

Neurologischen Erkrankungen (z.B. Krampfanfälle) Nein Ja

Allergien? Wenn ja welche? Nein Ja

Für weibliche Offshore-Kräfte:

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja

Anmerkungen des Arztes:

Hiermit erkläre ich, dass die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand wahr sind und nach meinem besten Wissen erfolgten. Das Verschweigen von bedeutsamen medizinischen Problemen oder nicht wahrheitsgemäßes Ausfüllen des Fragebogens kann rechtliche Folgen nach sich ziehen. Die Beurteilung dieser Eignungsuntersuchung darf meinem Arbeitgeber mitgeteilt werden.

Ort:

Datum:

Unterschrift: