

## Formular D

Name:	Vorname:	geb. am
Adresse:	Tel.-Nr.:	
Arbeitgeber:	Tätigkeit/Aufgabe:	
Feuerlösaufgaben:	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: