

Formular A

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

### 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, Flugangst, Klaustrophobie..... 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.

Ort:

Datum:

Unterschrift: