

## Formular A – Medizinischer Fragebogen Offshore Windanlagen (AMWF)

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? ..... Nein  Ja

Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? ..... Nein  Ja

Wenn ja wie viele Zigaretten/Tag? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen? ..... Nein  Ja

Wann war Ihre letzte Tetanusimpfung? ..... MONAT / JAHR

(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

Ohrenerkrankungen (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? ..... Nein  Ja

**Für weibliche Offshore-Beschäftigte:**

- Besteht eine Schwangerschaft? ..... Nein  Ja

**Anmerkungen der Ärztin oder 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 Fragenbogens kann rechtliche Folgen nach sich ziehen.

Ort: ..... Datum: ..... Unterschrift: .....