

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: