

## Fragebogen für Untersuchungen bei Offshore - Tätigkeiten

Name	Vorname	geb. am
Anschrift		Telefonnummer
Arbeitgeber	Tätigkeit	
Feuerlöschaufgaben:	<input type="checkbox"/>	
Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>	Nachuntersuchung <input type="checkbox"/>	
letzte Untersuchung (MM / JJJJ)	durch wen:	

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, ggf. erforderliche Anmerkungen bitte am Ende

Wurden Sie bereits bei einer Voruntersuchung für ungeeignet befunden (z.B. Musterung, arbeitsmedizinische Untersuchung?)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich gesund und leistungsfähig?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsunfähigkeiten in den letzten 2 Jahren	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausaufenthalte seit der letzten Untersuchung?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationen, Unfälle, Behinderungen seit der letzten Untersuchung?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie:			
Zuckerkrankheit.....	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck, Brustschmerzen, Herzrhythmusstörungen.....	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen, Asthma.....	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren-, Harnwegs-, Prostataerkrankungen.....	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien.....	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten.....	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwehrschwächen.....	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bösartige Erkrankungen.....	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesmüdigkeit.....	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel.....	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistenbrüche.....	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegenwärtige ärztliche/zahnärztliche Behandlung?			<input type="checkbox"/>
Zahnprothese <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?			<input type="checkbox"/>
Fernbrille <input type="checkbox"/>	Bildschirmbrille <input type="checkbox"/>	Nah-/Lesebrille <input type="checkbox"/>	Gleitsichtbrille <input type="checkbox"/>
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Farbsehstörungen <input type="checkbox"/>	Nachtblindheit <input type="checkbox"/>	Sehstörungen <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
			ja <input type="checkbox"/>

Flugmedizin  
 Sportmedizin  
 Rettungsmedizin  
 Betriebsmedizin

**arbeitsmedizinische Vorsorge**  
 nach berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen einschließlich Atemschutzträger (G 26 III)

**Fliegerärztliche Untersuchungsstelle**  
 für Berufs- und Privatpiloten fliegerärztlicher Sachverständiger in Sonderfällen

**Tauchmedizin**  
 für Berufstaucher nach BG (G 31) und Sporttaucher nach G.T.Ü.M. e. V.

**Reisemedizin**  
 für Privatreisen und für Arbeitsaufenthalte im Ausland (G 35)

**Sportmedizin**  
 Sporttauglichkeitsuntersuchungen

**Verkehrsmedizin** nach Fahrerlaubnisverordnung (FeV) alle Klassen und Personenbeförderung  
 allgemeinärztlicher Teil  
 augenärztlicher Teil  
 psychometrischer Teil

**Vorsorgeuntersuchungen**  
 für strahlenexponierte Personen nach Strahlenschutz- (StSchVO) und Röntgenverordnung (RÖVO)

Jugendschutzuntersuchungen (JuSchu)

Borddiensttauglichkeit für das Schifferdienstbuch der BinnenBG

Sportbootführerscheinbewerber

**Beratung und Schulung**  
 zum betrieblichen Gesundheitsmanagement  
 Reintegrationsmanagement  
 Unfallmanagement  
 Überleben auf See, der Wasserunfall  
 persönliche Schutzausrüstung  
 Mutterschutzgesetz  
 Infektionsschutzgesetz

**Gefährdungsbeurteilung**  
 Biostoffverordnung  
 Gefahrstoffverordnung

**Information – Beratung – Lösungen**

**Praxis Bremerhaven:**  
 Bussestraße 27, 27570 Bremerhaven  
**Korrespondenz:**  
 Bachstraße 18, 27474 Cuxhaven

Geschäftsführung  
 Herr Dr. Ralf Corleis

Sitz der Gesellschaft Cuxhaven  
 HRB 200285 Amtsgericht Tostedt  
 StNr.: 18 / 200 / 03679  
 USt.-IdNr: DE 256 597 722

Bankverbindung  
 Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
 BLZ 300 60 60 1  
 KtoNr 000 784 66 14

Ist Ihr Impfschutz gegen Tetanus abgelaufen? (Bitte Impfausweis vorlegen)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↕
Arbeiten Sie mit / im Lärm? Wenn ja: Seit welchem Lebensjahr? Wo? (Firma) Welcher Arbeitsbereich (Tätigkeit) gelegentlich <input type="checkbox"/>   überwiegend <input type="checkbox"/>   in wechselnden Bereichen <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↕
Haben Sie: Hörprobleme oder Verständnisstörungen? ..... Hörstörungen zusammen mit Schwindel?..... Ohrgeräusche?..... Entzündungen des Gehörganges und / oder der Ohrmuscheln?..... Hatten Sie bereits einen Hörsturz?..... Wurden Sie am Ohr operiert?.....	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↕ nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↕ nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↕ nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↕ nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↕ nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↕
Erkrankungen des Bewegungsapparates (z.B. Endoprothesen, Rücken-/Gelenkschmerzen, Rheuma)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↕
Neurologischen Erkrankungen (z.B. Krampfanfälle, Lähmungen, chronische Schmerzen)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↕
Psychischen Erkrankungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, Angst vor engen Räumen, Sucht)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↕
Besteht eine Schwangerschaft?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↕
Nehmen Sie Drogen? Wenn ja: Welche? Wie oft? Wie viel?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↕
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja: Welchen? Wie oft? Wie viel?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↕
Rauchen Sie? Wenn ja: Was? Wie oft? Wie viel?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↕
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja: Welche? Wie oft? Wie viel?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↕
<b>Haben Sie sonst irgendwelche Erkrankungen durchgemacht?</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ↕
<b>Anmerkungen:</b>	

- Flugmedizin**
- Sportmedizin**
- Rettungsmmedizin**
- Betriebsmedizin**
  
- arbeitsmedizinische Vorsorge**  
 nach berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen einschließlich Atemschutzträger (G 26 III)
- Fliegerärztliche Untersuchungsstelle**  
 für Berufs- und Privatpiloten fliegerärztlicher Sachverständiger in Sonderfällen
- Tauchmedizin**  
 für Berufstaucher nach BG (G 31) und Sporttaucher nach G.T.Ü.M. e. V.
- Reisemedizin**  
 für Privatreisen und für Arbeitsaufenthalte im Ausland (G 35)
- Sportmedizin**  
 Sporttauglichkeitsuntersuchungen
- Verkehrsmmedizin** nach Fahrerlaubnisverordnung (FeV) alle Klassen und Personenbeförderung  
 allgemeinärztlicher Teil  
 augenärztlicher Teil  
 psychometrischer Teil
- Vorsorgeuntersuchungen**  
 für strahlenexponierte Personen nach Strahlenschutz- (StSchVO) und Röntgenverordnung (RÖVO)
- Jugendschutzuntersuchungen (JuSchu)
- Borddiensttauglichkeit für das Schifferdienstbuch der BinnenBG
- Sportbootführerscheinbewerber
- Beratung und Schulung**  
 zum betrieblichen Gesundheitsmanagement  
 Reintegrationsmanagement  
 Unfallmanagement  
 Überleben auf See, der Wasserunfall  
 persönliche Schutzausrüstung  
 Mutterschutzgesetz  
 Infektionsschutzgesetz
- Gefährdungsbeurteilung**  
 Biostoffverordnung  
 Gefahrstoffverordnung
- Information – Beratung – Lösungen**
- Praxis Bremerhaven:**  
 Bussestraße 27, 27570 Bremerhaven
- Korrespondenz:**  
 Bachstraße 18, 27474 Cuxhaven

Geschäftsführung  
 Herr Dr. Ralf Corleis

Sitz der Gesellschaft Cuxhaven  
 noch HRB 56391 Amtsgericht Köln  
 Verlegung nach: Amtsgericht Tostedt  
 StNr.: 18 / 200 / 03679  
 USt.-IdNr: DE 256 597 722

Bankverbindung  
 Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
 BLZ 300 60 60 1  
 KtoNr 000 784 66 14

Ort, Datum, Unterschrift

