

## Medical Screening Questionnaire and Examination Record

Surname:		Forenames:	
Address:		Tel No:	
Date of Birth:			
GP's Name:			
GP's Address:			
Date of Last Offshore Medical:		Offshore Occupation/Job Title:	
Emergency Response Role:			

Social/Occupational History	Yes	No	Comments
1. Do you smoke? If so, how many per day?			
2. If an ex-smoker, when did you give up?			
3. Average weekly alcohol consumption: state quantity and type.			
4. Have you ever been exposed to any known occupational hazard such as noise, radiation, dusts, asbestos, chemicals or lead?			
5. Do you use protective clothing, safety glasses or hearing protection?			
6. Have you ever developed any medical condition in connection with your occupation? If so, please give details eg hearing loss/skin condition/wheeze/backache/muscle strain/blood disease?			
7. Have you ever suffered any industrial injury? If so, please give details.			
8. Have you ever had any previous audiometric screening? Was this normal? State when and where.			
9. Have you ever had previous lung function screening? Was this normal? State when and where.			
10. Have you ever been rejected from employment on medical grounds?			
11. Have you ever received compensation or is there any industrial claim pending?			
12. Have you ever been medivaced from an offshore installation?			
Examining Physician's comments:			

Flugmedizin  
 Sportmedizin  
 Rettungsmedizin  
 Betriebsmedizin

**Seediensttauglichkeit**  
 zugelassener Arzt des  
 Seeärztlichen Dienstes der BG Verkehr

**offshore Untersuchungen**  
 nach DGMM einschließlich G 41  
 OGUUK / NOGEPa / NOG

**Fliegerärztliche Untersuchungsstelle**  
 für Berufs- und Privatpiloten  
 flugm. Sachverständiger in Sonderfällen

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

**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 (RöVgen)  
 Jugendschutzuntersuchungen (JuSchu)

Borddiensttauglichkeit für das  
 Schifferdienstbuch der BinnenBG  
 Sportbootführerscheinbewerber

**individuelle Beratung und Schulung**  
**BGM** (betriebl. Gesundheitsmanag.)  
**BEM** (Re-Integrationsmanagement)  
 Unfallmanagement  
 Überleben auf See, der Wasserunfall  
 persönliche Schutzausrüstung  
 Mutterschutzgesetz  
 Infektionsschutzgesetz

**Gefährdungsbeurteilung**  
 Biostoffverordnung (G42)  
 Gefahrstoffverordnung (G 40 u. a.)

**Information – Beratung – Lösungen**

**Praxis Bremerhaven:**  
 Bussestraße 27, 27570 Bremerhaven

**Praxis Cuxhaven**  
 Elfenweg 23, 27474 Cuxhaven

**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  
 BIC DAAEDEDXXX  
 IBAN DE90 3006 0601 0007 8466 14

## Medical Screening Questionnaire and Examination Record (cont'd)

Do you have or have you been diagnosed as suffering from any of the following? (Please circle and elaborate)			
1. Chest pain/heart pain	Yes	No	
2. High blood pressure/stroke	Yes	No	
3. Asthma/epilepsy/diabetes	Yes	No	
4. Peptic ulcer disease	Yes	No	
5. Kidney disease (eg stones)	Yes	No	
6. Psychiatric disorder (eg anxiety, depression)	Yes	No	
7. Tuberculosis	Yes	No	
8. Cancer	Yes	No	
<b>Do any of your immediate family (parents/brothers/sisters) have a history of any of the above conditions? Please specify:</b>			
<b>Do you currently have any of the following?</b>			
1. Backache/joint or muscular pain	Yes	No	
2. Hernia/rupture	Yes	No	
3. Visual impairment	Yes	No	
4. Perforated eardrum/discharge from ear	Yes	No	
5. Recurrent indigestion	Yes	No	
6. Jaundice/hepatitis/gall bladder disease	Yes	No	
7. Change in bowel habit/diarrhoea	Yes	No	
8. Blood in stools/piles/haemorrhoids	Yes	No	
9. Shortness of breath/coughing up blood	Yes	No	
10. Recurrent bronchitis/pneumonia	Yes	No	
11. Blood in urine/kidney complications/stones	Yes	No	
12. Headaches/migraine/dizziness	Yes	No	
<b>Physician's comments:</b>			
<b>I certify that the above information is correct:</b>			
Signed:..... [Employee]			

**Flugmedizin**  
**Sportmedizin**  
**Rettungsmedizin**  
**Betriebsmedizin**

**Seediensttauglichkeit**  
 zugelassener Arzt des  
 Seeärztlichen Dienstes der BG Verkehr

**offshore Untersuchungen**  
 nach DGMM einschließlich G 41  
 OGUK / NOGEPa / NOG

**Fliegerärztliche Untersuchungsstelle**  
 für Berufs- und Privatpiloten  
 flugm. Sachverständiger in Sonderfällen

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

**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

**individuelle Beratung und Schulung**  
**BGM** (betriebl. Gesundheitsmanag.)  
**BEM** (Re-Integrationsmanagement)  
 Unfallmanagement  
 Überleben auf See, der Wasserunfall  
 persönliche Schutzausrüstung  
 Mutterschutzgesetz  
 Infektionsschutzgesetz

**Gefährdungsbeurteilung**  
 Biostoffverordnung (G42)  
 Gefahrstoffverordnung (G 40 u. a.)

**Information – Beratung – Lösungen**

**Praxis Bremerhaven:**  
 Bussestraße 27, 27570 Bremerhaven

**Praxis Cuxhaven**  
 Elfenweg 23, 27474 Cuxhaven

**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  
 BIC DAAEEDXXX  
 IBAN DE90 3006 0601 0007 8466 14