



## Erklärung über den Gesundheitszustand zur arbeitsmedizinischen Abklärung

(Bei Unklarheiten können Sie sich an den vertrauensärztlichen Dienst wenden, Tel. 061 267 95 38)

### Personalien

Name	_____		Vorname	_____	
Geburtsdatum	____	____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Strasse	_____			Nummer	_____
Postleitzahl	_____	Ort	_____		
Telefon Privat	_____		Telefon Geschäft	_____	
Departement	_____		Abteilung	_____	
Ausführliches Tätigkeitsprofil	_____				
Erlerner Beruf	_____				

1. a) Sind Sie zur Zeit gesund?  ja  nein
- b) Ist Ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt?  ja  nein
- c) Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen arbeitsunfähig?  ja  nein  
Wann? \_\_\_\_\_ Weshalb? \_\_\_\_\_
2. a) Treiben Sie Sport?  ja  nein  
Welchen? \_\_\_\_\_ Wie oft? \_\_\_\_\_
- b) Wurden Sie schon aus gesundheitlichen Gründen von körperlichen und/oder sportlichen Tätigkeiten dispensiert?  ja  nein  
Nähere Umstände? \_\_\_\_\_
- c) Sind Sie militärdienstuntauglich erklärt worden?  ja  nein  
Grund \_\_\_\_\_

3. a) Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?  ja  nein  
Welche?  Wieviel täglich?
- b) Rauchen Sie (Zigaretten, Zigarren oder Pfeifen)?  ja  nein  
Wieviel täglich?
- c) Wie gross und wie schwer sind Sie?  
kg  cm
- d) Brauchen oder brauchten Sie je irgendwelche Rauschgifte (Drogen)?  ja  nein  
Welche?  Wann zuletzt?
4. Wurde Ihnen ambulante Physiotherapie verordnet, z.B. wegen Rückenschmerzen?  ja  nein  
Wenn ja, wann?
5. a) Nehmen Sie zur Zeit Medikamente irgendwelcher Art?  ja  nein  
Wenn ja, welche?
- b) Waren bei Ihnen über längere Zeit medikamentöse Behandlungen nötig?  ja  nein  
Wenn ja, welche und über welchen Zeitraum?
6. Waren Sie in den letzten 5 Jahren je in einem Spital in stationärer Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja, warum?  Wann?
7. Ist ein Spitalaufenthalt vorgesehen?  ja  nein  
Wenn ja, wann?

8. Haben oder hatten Sie je eine der folgenden Gesundheitsstörungen?
- a) Atmungsorgane, z.B. Asthma, Bronchitis  ja  nein  
Wenn ja, wann?  
\_\_\_\_\_
- b) Herz oder Kreislauf, z.B. wegen Herzfehler, Rhythmusstörungen,  
hohen Blutdrucks, Angina pectoris, Durchblutungsstörungen?  ja  nein  
Wenn ja, wann?  
\_\_\_\_\_
- c) der Gefässe, z.B. Krampfadern  ja  nein  
Wenn ja, wann?  
\_\_\_\_\_
- d) Nerven, z.B. Epilepsie, Lähmungen  ja  nein  
Wenn ja, wann?  
\_\_\_\_\_
- e) Verdauungsorgane, z.B. Magen-, Darmgeschwüre, Gelbsucht  ja  nein  
Wenn ja, wann?  
\_\_\_\_\_
- f) Nieren und Harnwege  ja  nein  
Wenn ja, wann?  
\_\_\_\_\_
- g) Ohren  ja  nein  
Wenn ja, wann?  
\_\_\_\_\_
- h) Augen  ja  nein  
Wenn ja, wann?  
\_\_\_\_\_
- i) Gelenke, z.B. Rheuma, Arthrose, Ischias, „Hexenschuss“  ja  nein  
Wenn ja, wann?  
\_\_\_\_\_
- j) Stoffwechsel, z.B. Kropf, Gicht, Zuckerkrankheit  ja  nein  
Wenn ja, wann?  
\_\_\_\_\_
- k) Psyche, z.B. Angststörung, Depression  ja  nein  
Wenn ja, wann?  
\_\_\_\_\_

9. Haben oder hatten Sie ein Tumorleiden?  ja  nein  
Wenn ja, wann?  
\_\_\_\_\_
10. Sind Sie oder waren Sie in psychologischer oder psychiatrischer Beratung oder Therapie?  ja  nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Bei wem? \_\_\_\_\_
11. Hatten Sie Unfälle mit bleibenden Beeinträchtigungen  ja  nein
12. Wann waren Sie zuletzt in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle?  
Wann? \_\_\_\_\_ Bei wem? \_\_\_\_\_
13. Beziehen Sie eine Rente der SUVA, IV oder einer Privatversicherung?  ja  nein  
Wenn ja, bei welcher?  
\_\_\_\_\_

**Ich erkläre, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.**

**Hiermit ermächtige ich den Vertrauensärztlichen Dienst, bei den nachstehenden Ärztinnen oder Ärzten und Institutionen Auskünfte einzuholen und entbinde diese angefragten Personen und Stellen von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies zur arbeitsmedizinischen Beurteilung notwendig ist. Kontrollieren Sie bitte, ob alle Fragen beantwortet sind. Der Arbeitgeber hat kein Einsichtsrecht in den Fragebogen.**

Name und Adresse der Ärztinnen/Ärzte/Institutionen

\_\_\_\_\_

**Unterschrift**

Ort

Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_|**X**\_\_\_\_\_

**Informationen zum weiteren Vorgehen**

Dieser Fragebogen ist in einem verschlossenen Kuvert an die Gesundheitsdienste Basel-Stadt, Vertrauensärztlicher Dienst, St. Alban-Vorstadt 12, Postfach, CH-4001 Basel zu schicken.