

Reisemedizin- und Impfberatung
Fragebogen vor einer arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung
gemäß Grundsatz 35 der Berufsgenossenschaften

Name

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnr. privat

Telefonnr. geschäftl.

E-Mailadresse

Ihre Größe

cm

Ihr Gewicht

kg

Name des Arbeitgebers

Anschrift

Dies ist eine

Erstuntersuchung

Zwischenuntersuchung

Nachuntersuchung

Ergebnis

tauglich

tauglich mit Einschränkung

nicht tauglich

Wenn Einschränkungen, dann welche?

Frühere Auslandsaufenthalte

Land

Aufenthaltsdauer

Land

Aufenthaltsdauer

Land

Aufenthaltsdauer

Zuletzt bereistes Land

Erkrankungen seit letzter Untersuchung

**Wichtige frühere Erkrankungen/Unfälle/gemeldete o. anerkannte Berufskrankheiten,
Arbeitswege-Unfälle**

ja

nein

Wenn ja, welche?

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Sind Sie schwanger?

ja

nein

Wenn ja, welche Woche?

Geburten bisher?

___ Geburten

Wann?

Mit Komplikationen?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Bisherige Tropenkrankheiten?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Wurden diese Krankheiten als Berufskrankheit gemeldet?

ja

nein

Wenn ja, wann/wo?

Malariaprophylaxe bisher?

Datum

Medikament

Gut vertragen?

ja

nein

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten gegenüber Medikamenten, Impfstoffen oder Hühnereiweiß?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter Schuppenflechte?

ja

nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Gibt es Hinweise auf psychische Erkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Familie?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Wurde zuletzt eine Röntgenaufnahme bei Ihnen gemacht?

ja nein

Wenn ja, wann/wo, welches Organ?

Welche Impfungen wurden bereits durchgeführt?

(Bitte ggfs. Impfausweis beilegen)

Impfung gegen	Impfdatum		Impfung gegen	Impfdatum
Tetanus			FMSE	
Diphtherie			Tollwut	
Hepatitis A			Polio	
Hepatitis B			Gelbfieber	
Meningitis			Japanische Enzephalitis	
sonstige			sonstige	
sonstige			sonstige	

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Hilfe!