

Arbeitsmedizinische Untersuchung

Betrieb:

Mitarbeiter: _____ **Geb. am:** _____

Beschäftigt als: _____ **seit:** _____ **Erlerner Beruf:** _____

Frühere Tätigkeit _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Chronische Krankheiten, z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Allergien / Unverträglichkeiten: _____

Operationen / Knochenbrüche / stationäre Behandlungen / REHA: _____

Aktuelle Beschwerden / ärztliche Behandlungen / Medikamente: _____

Arbeitsunfälle / Berufskrankheiten / Behinderungen / GdE: _____

Befund: _____

Nikotinkonsum: bis 10 Zigaretten tgl. Pfeife/Zigarren
 bis 20 Zigaretten tgl. nein
 mehr als 20 Zigaretten tgl. seit: _____

Alkoholkonsum: regelmäßig gelegentlich was/welche Menge: nein

Bisherige arbeitsmed. Untersuchungen: nein ja wann/welche: Ergebnis:

Impfstatus: Tetanus Hepatitis A Sonstiges:
 Diphtherie Hepatitis B
 Poliomyelitis Hepatitis A+B

Untersuchungsergebnis:

- geeignet
- bedingt geeignet
- nicht geeignet

Nächste Untersuchung am

Ortwin Bitzer
Ltd. Betriebsarzt
ERGOMED Landau, den