|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname:   Geb.-Datum: |  |
| beschäftigt seit: |  |
| Organisationseinheit:  *(Abteilung, FB, Institut)* |  |
| Anlass einer betriebsärztlichen Vorsorge: | Pflichtvorsorge (Arbeitgeber) **- P**  Angebotsvorsorge (Arbeitgeber) **- A**  Wunschvorsorge (Mitarbeiter/in) **- W** |
| Erstuntersuchung  Nachuntersuchung |
| Regelmäßiger Arbeitsort: |  |
| Regelmäßige Arbeitszeiten:  *(beispielsweise Schichtsystem, Wochenendarbeit)* |  |
| Arbeitsaufgaben/Arbeitstätigkeiten:  *(beispielsweise chem. Laborassistent, Elektriker; Bürotätigkeit; Umgang mit……)* |  |
| **Mögliche Gefährdungen durch:** *(Quelle: Gefährdungsbeurteilung – und Anhang zur ArbMedVV)* | |
| – Arbeitsumgebungsbedingungen *(zum Beispiel Hitze, Zugluft, Lärm, Enge,  Arbeiten im Freien, …)* **W** |  |
| – physischen Belastungen  *(beispielsweise häufiges Heben, Tragen,  Zwangshaltung, …)* ***A (W)*** |  |
| – verwendete Maschinen und Werkzeuge |  |
| – elektromagnetische Felder, nichtionisierende und ***A (P)*** ionisierende Strahlen ***P*** |  |
| – Arbeitsstoffe *(zum Beispiel Feststoffe,  Stäube, Gase, Dämpfe, Flüssigkeiten, Aerosole Stoffe nach ArbMedVV-Teil 1 angeben -*   ***Sicherheitsdatenblätter beifügen****)* |  |
| – biologische Arbeitsstoffe  ***(****Bezeichnung****,*** *Einstufungen nach* [*Technischer Regel für Biologische Arbeitsstoffe*](http://www.umwelt-online.de/regelwerk/t_regeln/trba/ueber.htm) *– TRBA 450-468 beifügen)* |  |
| – Kontakt mit Labortierstaub **P** |  |
| – Arbeiten mit persönlicher  Schutzausrüstung *(Art der Persönlichen Schutzausrüstung, z.B. Handschuhe, mit Angabe der durchschnittlichen Tragezeit pro Tag)*  **< 2 Stunden / 2-4 Stunden / > 4 Stunden** |  |
| – Bildschirmarbeit am PC  *(Angabe der durchschnittliche Dauer pro Tag)* **A**  **< 2 Stunden / > 2 Stunden** |  |
| – Tätigkeiten im Ausland  mit besonderen klimatischen Belastungen und/oder Infektionsgefährdungen **P** |  |
| – psychische Belastungen  *(zum Beispiel Überlastung, Alleinarbeit,  Arbeitsorganisation, Kundenverkehr,  Lärm, …)* **W (A)** |  |
| … |  |
| … |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Bereits angewandte Arbeitsschutzmaßnahmen  *(z. B. Absaugung; Einhausung, auch Messergebnisse und Beurteilung durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit)* |  |

Sonstige Mitteilungen *(beispielsweise Problemfelder, offene Fragen)*:

*Erstellt durch:* *(Name), Datum:*

|  |
| --- |
| *Nach § 3 Absatz 2 Satz 3 ArbMedVV hat* ***der Arbeitgeber*** *der nach § 7 ArbMedVV mit der arbeitsmedizinischen Vorsorge beauftragten Ärztin/dem beauftragten Arzt alle erforderlichen Auskünfte über die Arbeitsplatzverhältnisse, insbesondere Anlass der jeweiligen Untersuchung und Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung, zu erteilen… Hinweis unten bitte beachten.* |

*Hinweis zum Ausfüllen:  
bei* ***Pflicht- und Angebotsvorsorge wird der jeweilige Vorgesetzte*** *gebeten, zusammen mit den Beschäftigten den Vordruck auszufüllen. Bei* ***Wunschvorsorge wird der / die Beschäftigte*** *gebeten, den Vordruck nach bestem Wissen auszufüllen. Die ArbMedVV finden Sie unter* [*http://www.umwelt-online.de/regelwerk/arbeitss/arbsch/arbmedvv\_ges.htm*](http://www.umwelt-online.de/regelwerk/arbeitss/arbsch/arbmedvv_ges.htm) *.****Bitte beachten Sie den Flyer Arbeitsmedizinische Vorsorge!***

**Medizinische Anamnese**

**Alle persönlichen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht**

**(bitte unbedingt vor dem Termin vollständig ausgefüllt zurück an:**

**betriebsarzt@uni-frankfurt.de senden)**

**Erläuterung: Bekannte Vorerkrankungen bitte in das zugehörige Feld eintragen. Sollten keine Vorerkrankungen bekannt sein, bitte in das jeweilige Feld „nicht bekannt“ eintragen.**

|  |  |
| --- | --- |
| Augen *(Bspw. Reizungen, Augeninnendruckerhöhung, höhergradige Sehstörung)* |  |
| Ohren *(Bspw. Erkrankungen der Gehörgänge, Hörsturz, Hörstörungen)* |  |
| Mund-Nase-Rachen *(Bspw. Erkrankungen der Zähne, Schleimhäute, Nase, Nasennebenhöhlen)* |  |
| Lunge/Atemwege *(Bspw. chronische Bronchitis, Asthma, COPD, Lungenembolie)* |  |
| Herz *(Bspw. Herzinfarkt, Rhythmusstörungen)* |  |
| Kreislauf *(Bspw. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen)* |  |
| Nerven *(Bspw. Krampfanfälle, Schlaganfall, Lähmungen/Sensibilitätsstörungen)* |  |
| Psyche *(Bspw. Depression, Angststörung)* |  |
| Magen/Darm *(Bspw. chronische Entzündungen, Durchfall)* |  |
| Haut *(Bspw. Schuppenflechte, Neurodermitis, Gürtelrose)* |  |
| Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse *(Bspw. Entzündungen, Steinbildung, Funktionsstörungen)* |  |
| Gynäkologische Erkrankungen |  |
| Infektionserkrankungen |  |
| Erkrankung der Niere und der Harnwege *(Bspw. Funktionsstörungen, Steine, Entzündungen)* |  |
| Erkrankungen des Bewegungsapparates *(Bspw. Erkrankungen der Gelenke, Erkrankungen der Knochen*) |  |
| Stoffwechselerkrankungen *(Bspw. Diabetes, Gicht, Fettstoffwechselerkrankungen, Erkrankungen der Schilddrüse)* |  |
| Bluterkrankungen *(Bspw. Blutungsstörungen, Thrombosen)* |  |
| bösartige Erkrankungen (Krebserkrankungen) |  |
| Allergien *(Lebensmittel, Pollen, Haustiere, Medikamente, Schwermetalle, Sonstige)* |  |
| Operationen in der Vergangenheit (Angabe mit Jahreszahl) |  |
| Tabakkonsum (auch wenn aufgehört) (Menge, Zeitraum) |  |
| Alkoholkonsum (Häufigkeit und Menge) |  |
| Konsum anderer Drogen (Häufigkeit und Menge) |  |

|  |
| --- |
| Dauerhafte Medikamenteneinnahme (Medikament, tägliche Dosis) |
|  |

*Erstellt durch:       (Name), Datum:*