

Auskunft für den Betriebsarzt zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV)

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Name, Vorname: | |
| Geb.-Datum: | |
| beschäftigt seit: | |
| Organisationseinheit: <i>(Abteilung, FB, Institut)</i> | |
| Anlass einer betriebsärztlichen Vorsorge: | <input type="checkbox"/> Pflichtvorsorge (Arbeitgeber) - P |
| | <input type="checkbox"/> Angebotsvorsorge (Arbeitgeber) - A |
| | <input type="checkbox"/> Wunschvorsorge (Mitarbeiter/in) - W |
| | <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung |
| | <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung |
| Regelmäßiger Arbeitsort: | |
| Regelmäßige Arbeitszeiten: <i>(beispielsweise Schichtsystem, Wochenendarbeit)</i> | |
| Arbeitsaufgaben/Arbeitstätigkeiten: <i>(beispielsweise chem. Laborassistent, Elektriker; Bürotätigkeit; Umgang mit.....)</i> | |
| Mögliche Gefährdungen durch: <i>(Quelle: Gefährdungsbeurteilung – und Anhang zur ArbMedVV)</i> | |
| – Arbeitsumgebungsbedingungen <i>(zum Beispiel Hitze, Zugluft, Lärm, Enge, Arbeiten im Freien, ...)</i> W | |
| – physischen Belastungen <i>(beispielsweise häufiges Heben, Tragen, Zwangshaltung, ...)</i> A (W) | |
| – verwendete Maschinen und Werkzeuge | |
| – elektromagnetische Felder, nichtionisierende und A (P) ionisierende Strahlen P | |
| – Arbeitsstoffe <i>(zum Beispiel Feststoffe, Stäube, Gase, Dämpfe, Flüssigkeiten, Aerosole Stoffe nach ArbMedVV-Teil 1 angeben - Sicherheitsdatenblätter beifügen)</i> | |
| – biologische Arbeitsstoffe <i>(Bezeichnung, Einstufungen nach Technischer Regel für Biologische Arbeitsstoffe – TRBA 450-468 beifügen)</i> | |
| – Kontakt mit Labortierstaub P | |
| – Arbeiten mit persönlicher Schutzausrüstung <i>(Art der Persönlichen Schutzausrüstung, z.B. Handschuhe, mit Angabe der durchschnittlichen Tragezeit pro Tag)</i> | |
| < 2 Stunden / 2-4 Stunden / > 4 Stunden | |

Auskunft für den Betriebsarzt zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV)

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| – Bildschirmarbeit am PC <i>(Angabe der durchschnittliche Dauer pro Tag)</i> A < 2 Stunden / > 2 Stunden | |
| – Tätigkeiten im Ausland mit besonderen klimatischen Belastungen und/oder Infektionsgefährdungen P | |
| – psychische Belastungen <i>(zum Beispiel Überlastung, Alleinarbeit, Arbeitsorganisation, Kundenverkehr, Lärm, ...)</i> W (A) | |
| ... | |
| ... | |

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

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/arbeits/arsch/arbmedvv_ges.htm .

Bitte beachten Sie den Flyer Arbeitsmedizinische Vorsorge!

Auskunft für den Betriebsarzt zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV)



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 | |

**Auskunft für den Betriebsarzt zur
Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV)**

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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: