



Datenaufnahme für die Betriebsärztin

G _____

(Die Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht an den Arbeitgeber weitergegeben)

Angaben zu Ihrer Person:

(Name)

(Straße)

(PLZ, Wohnort)

(Telefonnummer)

(Mail-Adresse)

(Geburtsdatum)

(Größe) cm ; (Gewicht) kg

/ ;

(RR) (Puls)

Impfpass vorhanden ☐ ja ☐ nein
Impfung Hepatitis B ☐ ja ☐ nein
Impfung Masern ☐ ja ☐ nein
Impfung Varizellen ☐ ja ☐ nein
Impfung Tetanus ☐ ja ☐ nein

☐ Rauchen ☐ Sport
☐ Alkohol ☐ Medikamente
☐ andere Drogen

Angaben zum Arbeitgeber:

(Firmenname)

(Straße)

(PLZ, Ort)

Angaben zum Arbeitsplatz:

Beruf:

Tätigkeit:

- ☐ Vollzeit
☐ Teilzeit
☐ geringfügige Beschäftigung
☐ Schichtarbeit
☐ Montage
☐ Akkordarbeit

Besondere Belastungen bei der Arbeit:

Chronische und andere Erkrankungen / Beschwerden:

- ☐ Lungenerkrankung ☐ Bluthochdruck ☐ Nierenerkrankung ☐ Krampfanfälle
☐ Zuckerkrankheit ☐ Magen-Darm-Erkrankungen ☐ Nervenerkrankung ☐ Allergien
☐ Hautkrankheiten ☐ Wirbelsäulenbeschwerden ☐ Herzerkrankung ☐ Operationen
☐ Andere: ✎

Derzeitige körperliche Beschwerden:

- ☐ Ich bin darüber aufgeklärt worden, daß ich an einer arbeitsmedizinischen Eignungsuntersuchung teilgenommen. Dabei wird die tatsächliche aktuelle Eignung für meine Tätigkeit festgestellt. Die arbeitsrechtliche Verantwortung für die Weitergabe der Eignungsbeurteilung obliegt mir selbst.
☐ Ich habe die Hinweise zum Datenschutz und zur Eignungsuntersuchung erhalten und wurde über mögliche arbeitsrechtliche Konsequenzen aufgeklärt.
(siehe im Internet unter: www.praxis-radenz.de/Downloads/Informationen für Mitarbeitende)
☐ Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Stand 10/26

Dr. med. Gudrun Radenz Fachärztin für Allgemeinmedizin

26122 Oldenburg • Staulinie 21 • Tel. 0441/2 66 92 • Fax 0441/2 55 62
www.praxis-radenz.de • info@praxis-radenz.de