



## 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) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ cm ; \_\_\_\_\_ kg

(Größe) (Gewicht)

/ ;

(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

### 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 heute an einer arbeitsmedizinischen Eignungsuntersuchung teilgenommen habe. Dabei wird die aktuelle Eignung für meine Tätigkeit beurteilt. 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.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum) \_\_\_\_\_

(Unterschrift) \_\_\_\_\_

Stand 11/24

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