

## MEDIZINISCHE FRAGEBOGEN

Naam		Stadt	
Initialen		Telefonnr	
Geburtsdatum		Arbeitgeber	
Geschlecht			
Adresse		Funktion	

### GESUNDHEIT ALLGEMEIN

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden Punkte?		JA	NEIN
1	Schmerzen oder Einschränkungen bei Bewegung des Unterleibs (Hüfte, Knie, Füße)		
2	Schmerzen oder Einschränkungen bei Bewegung des Oberkörpers (Schulter, Ellbogen, Handgelenk, Arme, Hände)		
3	Schmerzen oder Einschränkungen bei der Bewegung des Rückens oder Nackens		
4	Kurzatmigkeits		
5	Magen-Darm Probleme		
6	Brustschmerzen bei Arbeiten		
7	Psychische Probleme (Reizbarkeit, Unwohlsein, Konzentrationsprobleme, Schlafstörungen)		
8	Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (teilweiser/vollständiger Verlust des Bewusstseins)		
9	Häufig schläfrig oder erschöpft		
10	Hautprobleme (Ekzeme, Mykosen)		
11	Wahrnehmungsschwierigkeiten		
12	Gehörprobleme		
13	Riechen sie gut		

### BEHANDLUNGEN

Waren Sie jemals in Behandlung oder sind Sie zurzeit in Behandlung aufgrund einer der folgenden Punkte?		JA	NEIN
1	Beschwerden des Oberkörpers, Unterleibs oder Rücken/Nackens		
2	Atmungsschwierigkeiten		
3	Herz-/ Gefäß-Erkrankungen oder zu hohen/niedrigen Blutdruck		
4	Diabetes oder Epilepsie		
5	Alkohol- oder Drogenprobleme		
6	Psychologische Probleme		
7	Hauterkrankungen		
8	Sehschwächen		
9	Hörschwächen		

**JA NEIN**

10	Leiden Sie oder haben Sie Probleme, wenn Sie in einer kalten Umgebung sind/arbeiten?		
11	Haben sie eine Allergie?		
	Falls ja, was für eine?		
12	Haben Sie in den letzten Jahren über einen längeren Zeitraum bestimmte Medikamente eingenommen		
13	Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente		
	Falls ja, welche?		
14	Verhaltensschwierigkeiten oder Psychologische Probleme (Panikattacken, Angst vor Enge oder öffentlichen Plätzen)		
15	Leiden Sie an sonst einer Krankheit/Beschwerde, welche während der Ausübung Ihrer Arbeit zu Problemen führen kann?		

**GEWOHNHEITEN****JA NEIN**

1	Treiben Sie regelmässig Sport?		
2	Falls ja, wie häufig pro Woche? (Stunden)		
3	Haben Sie in der Vergangenheit geraucht?		
4	Rauchen Sie immer noch/wieder?		
	Falls ja, wie viel?		
5	Trinken Sie mehr als 25 Gläser Alkohol pro Woche		
6	Gab es in Ihrer Familie Fälle von:		
	Hohem Blutdruck		
	Herz-/Gefässprobleme		
	Diabetes		

**ARBEITSBEDINGUNGEN****JA NEIN**

1	Sind Sie bei Ihrer Arbeit ausgelastet?		
2	Arbeiten Sie in einer sicheren Umgebung?		
3	Leiden Sie unter zu lautem Lärm bei Ihrer Arbeitsstelle?		
4	Haben Sie es bei Ihrer Arbeit mit giftigen Stoffen zu tun?		
5	Arbeiten Sie mit einem Atemschutz?		
	Falls ja, mit welcher Art von Atemschutz?		

ORT	DATUM
UNDERSCHRIFT	