

Anamnese für Untersuchung nach TfV

Name:

Aktuelle Beschwerden? _____

Hatten Sie Anfälle von Bewusstlosigkeit, Unterzuckerungen, Seh- und Hörstörungen, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Sekundenschlaf? _____

Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit? Schnarchen Sie und haben Sie dabei Atemaussetzer?

Leiden/litten Sie aktuell oder in der Vergangenheit unter chronischen Vorerkrankungen (z.B. Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Allergien, Zucker, Epilepsie, psychische Probleme etc.)?

Hatten Sie bereits längere Krankenhausaufenthalte/Kuren? Wenn ja, aus welchem Grund?

Nehmen Sie Medikamente ein? Haben Sie medizinische Hilfsmittel (z.B. Prothesen)? Wenn ja welche?

Nehmen oder nahmen Sie Drogen (inkl. CBD, Cannabis) ? Trinken oder tranken Sie regelmäßig Alkohol. Wenn ja, welche und wie oft? Waren Sie wegen Drogen- oder Alkoholproblemen schon in Behandlung?

Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, was und wie oft?

Besteht aktuell ein Grad der Behinderung bzw. läuft ein Antrag auf Anerkennung einer Behinderung?

Wurde bei Ihnen bereits wegen einem Verkehrsunfall oder Führerscheinentzug ermittelt? Warum?

- Der durchgeführte Urintest/Bluttest beinhaltet einen gesetzlich vorgeschriebenen Drogentest. Hiermit bestätige ich, dass die abgegebene Urinprobe von mir stammt, und keine Manipulation stattgefunden hat.
- Hiermit entbinde ich den betriebsärztlichen Dienst von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Arbeitgeber bzgl. die Berufstätigkeit betreffender Gesundheitsdaten.
- Bei Änderungen meines Gesundheitszustandes oder bei der Einnahme von Medikamenten besprechen Sie die Auswirkungen in puncto Reaktion, Gleichgewicht, Bewusstsein, Bewegungsfähigkeit, Seh- und Hörfähigkeit mit meinem Arzt unter Berücksichtigung Ihrer Tätigkeit. Lassen Sie sich die Unbedenklichkeit bzgl. Ihrer Tätigkeit bitte schriftlich attestieren und uns zukommen. Bei Einschränkungen ist die Eignung durch einen Betriebsarzt neu festzustellen.
- Sollten Sie eine Verschlechterung des Sehvermögens feststellen, müssen Sie erneut einen Sehtest durchführen lassen, bzw. eine evtl. vorhandene Sehhilfe anpassen lassen. Die Korrektur darf max. +5,0 bzw. -8,0 dpt. betragen. Farbige oder fotochromatische Kontaktlinsen sind nicht zulässig.

Datum: _____ Unterschrift: _____