

## Fragebogen zur Untersuchung nach G 26 (Atemschutz)

Name: , Vorname:

Geburtsdatum:  Größe:  cm Gewicht:  kg

Frage	ja	nein
Welche der folgenden Atemschutzgeräte tragen Sie regelmäßig oder gelegentlich bei der Arbeit:		
• Atemschutzgeräte mit Maske / Mundstück und Pressluft Flaschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vollmaske oder Halbmaske mit (Partikel- / Gas- ) Filter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Druckluftschlauchgerät ( Kompressor und Helm )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• einfache Filtermaske (Typ: OP- Maske, Grobstaubmaske)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andere: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten 12 Monaten ein Atemschutzgerät getragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führen Sie <i>leichte</i> körperliche Tätigkeit unter <i>Atemschutz</i> aus (z.B. Aufsicht, Kontrollgänge, kurzzeitig Schieber/ Ventil betätigen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führe Sie <i>mittelschwere</i> körperliche Tätigkeiten unter <i>Atemschutz</i> aus (z. B. längere Montagetätigkeit, längere Tätigkeiten in Zwangshaltungen, Bewegen von leichteren Lasten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führen Sie sehr <i>schwere</i> körperliche Tätigkeit unter <i>Atemschutz</i> aus (z.B. längere schwere Montagetätigkeit mit Bewegen von schweren Lasten, Schaufeln, schweres Tragen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Bewusstsein- oder Gleichgewichtsstörungen oder Anfallsleiden/Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Erkrankungen des Nervensystems mit wesentlichen Funktionsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Hirndurchblutungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie Gemüts- oder Geisteskrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Klaustrophobie (Angst vor engen Räumen) erheblichen Grades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie schon einmal ein Loch im Trommelfell (Trommelfellperforation) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Sekretfluss aus einem Ohr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören Sie normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme beim Sehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Augenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tragen Sie eine Sehhilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie eine Zahnvollprothese?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Eingeweidebruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Lungenblähung, chronischer Bronchitis oder Bronchialasthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Erkrankung oder Veränderung des Herzens oder des Kreislaufs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Blutdruckveränderungen stärkeren Grades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einen Herzinfarkt oder leiden Sie an Angina pectoris (Herzenge)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen bei Ihnen erhebliche Veränderungen des Skelettes vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an infektiösen oder allergischen Hautkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie bei sich Schleimhautveränderungen von Mund, Rachen oder Nase bemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie täglich Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen Sie andere Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche:**


Ort, Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Wir behandeln Ihre Daten streng vertraulich und geben diese nicht an Dritte weiter! Sie haben jederzeit das Recht Ihre Daten bei uns einzusehen und abzurufen.

Den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten nehmen wir sehr ernst und setzen eine Reihe von technischen und organisatorischen Maßnahmen ein, um diese vor unbefugtem Zugriff zu schützen. Eine Übersicht über unseren Umgang mit dem Datenschutz und die Umsetzung der Datenschutzgrundverordnung finden Sie auf unserer Internetseite: <https://arztpraxis-zuelpich.de/impressum/#datenschutz>

Haben Sie darüber hinaus noch weitere Fragen, sprechen Sie uns gerne an!