

## Fragebogen zur Untersuchung nach G 25 und G 41

(Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten und Absturzgefahr)

Name: , Vorname:

Geburtsdatum:  Größe:  cm Gewicht:  kg

### Fahrtätigkeit bzw. Steuertätigkeit als:

Stapler  
  PKW  
  LKW  
  (Klein-) Bus  
  Steuertätigkeit / Überwachungstätigkeit

### Benötigte Sehhilfen für die Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten?

Fernbrille  
  Gleitsichtbrille  
  Lesebrille  
  Kontaktlinsen

### Haben Sie Beschwerden bei der Arbeit:

Nacken- oder Schulterschmerzen  
  Schnelle Ermüdbarkeit  
  Angstgefühle

Schwindel, Gleichgewichtsstörungen  
  sonstiges:

Nehmen Sie Medikamente, Aufputzmittel:

Momentane oder frühere augenärztliche Behandlungen wegen:	ja	nein
Schielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Netzhautablösung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trübung der Augenlinse (Katarakt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Momentan oder frühere Erkrankungen	ja	nein
Schnarchen Sie häufig oder berichtet Ihr Partner darüber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Atemaussetzer oder berichtet Ihr Partner darüber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie am Tage unter Schläfrigkeit? (schlafen Sie ungewollt ein?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal während der Arbeit Sekundenschlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzstechen, -infarkt, Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüts- oder Geisteskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol- oder Drogenmissbrauch/ -sucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsbeeinträchtigungen von Armen/ Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:  
Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden – sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- 0 = würde niemals einnicken
- 1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken 2
- = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken 3
- = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	0	1	2	3
im Sitzen lesend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z. B. im Theater)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn Sie sitzen und sich mit jemanden unterhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn Sie nach dem Mittagessen (Ohne Alkohol) ruhig dasitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt Minuten halten müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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!