



Malzgasse 30
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 38
E-Mail: arbeitsmedizin@bs.ch
www.medizinischdienste.bs.ch

Erklärung über den Gesundheitszustand zur arbeitsmedizinischen Abklärung

Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Strasse (Privat)

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Mailadresse

Departement

Abt.

Ausführliches Tätigkeitsprofil

Erlerner Beruf

Fragen zum Gesundheitszustand

1.1 Sind Sie zur Zeit gesund? ja nein

1.2 Ist Ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt? ja nein

1.3 Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen arbeitsunfähig? ja nein

Wann? Weshalb?

2.1 Treiben Sie Sport? ja nein

Welchen? Wie oft?

2.2 Wurden Sie schon aus gesundheitlichen Gründen von körperlichen und/oder sportlichen Tätigkeiten dispensiert? ja nein

Nähere Umstände?

2.3 Sind Sie militärdienstuntauglich erklärt worden? ja nein

Grund?

3.1 Konsumieren Sie alkoholische Getränke? ja nein

Wie viel täglich? Welche?

3.2 Rauchen Sie? ja nein

Was und wie viel täglich?

3.3 Wie gross und wie schwer sind Sie?

in cm in kg

3.4 Konsumieren oder konsumierten Sie je irgendwelche Rauschgifte (Drogen)? ja nein

Wann zuletzt? Welche?

4 Wurde Ihnen ambulante Physiotherapie verordnet, z.B. wegen Rückenschmerzen? ja nein

Wenn ja, wann und weshalb?

5.1 Nehmen Sie zur Zeit Medikamente irgendwelcher Art? ja nein

Wenn ja, welche?

5.2 Waren bei Ihnen über längere Zeit medikamentöse Behandlungen nötig? ja nein

Wenn ja, welche und über welchen Zeitraum?

6 Waren Sie in den letzten 5 Jahren je in einem Spital
in stationärer Behandlung? ja nein

Wenn ja, warum? Wann?

7 Ist ein Spitalaufenthalt vorgesehen? ja nein

Wenn ja,
wann und warum?

8 Haben oder hatten Sie je eine der folgenden Gesundheitsstörungen?

8.1 Atmungsorgane, z.B. Asthma, Bronchitis? ja nein

Wenn ja, wann/was?

8.2 Herz oder Kreislauf, z.B. Herzfehler, Rhythmusstörungen,
hoher Blutdruck, Angina pectoris, Durchblutungsstörungen? ja nein

Wenn ja, wann/was?

8.3 Gefässe, z.B. Krampfadern? ja nein

Wenn ja, wann/was?

8.4 Nerven, z.B. Epilepsie, Lähmungen? ja nein

Wenn ja, wann/was?

8.5 Verdauungsorgane, z.B. Magen-, Darmgeschwüre,
Gelbsucht? ja nein

Wenn ja, wann/was?

8.6 Nieren und Harnwege? ja nein

Wenn ja, wann/was?

8.7 Ohren? ja nein

Wenn ja, wann/was?

8.8 Augen? ja nein

Wenn ja, wann/was?

8.9 Gelenke, z.B. Rheuma, Arthrose, Ischias,
«Hexenschuss»? ja nein

Wenn ja, wann/was?

8.10 Stoffwechsel, z.B. Kropf, Gicht, Zuckerkrankheit? ja nein

Wenn ja, wann/was?

8.11 Psyche, z.B. Angststörung, Depression? ja nein

Wenn ja, wann/was?

9 Haben oder hatten Sie ein Tumorleiden? ja nein

Wenn ja, wann/was?

10 Sind Sie oder waren Sie in psychologischer oder psychiatrischer Beratung oder Therapie? ja nein

Wenn ja, wann/was? Bei wem?

11 Hatten Sie Unfälle mit bleibenden Beeinträchtigungen? ja nein

12 Wann waren Sie zuletzt in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle?

Wann und weshalb? Bei wem?

13 Beziehen Sie eine Rente der SUVA, IV oder einer Privatversicherung? ja nein

Wenn ja, bei welcher?

Ich erkläre, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.
Hiermit ermächtige ich die Medizinischen Dienste Basel-Stadt, bei den nachstehenden Ärztinnen oder Ärzten und Institutionen Auskünfte einzuholen und entbinde diese angefragten Personen und Stellen von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies zur arbeitsmedizinischen Beurteilung notwendig ist.

Name und Adresse der Ärztinnen/Ärzte/Institutionen

Kontrollieren Sie bitte, ob alle Fragen beantwortet sind. Der Arbeitgeber hat kein Einsichtsrecht in den Fragebogen.

Ort und Datum

Unterschrift

Informationen zum weiteren Vorgehen

Dieser Fragebogen ist in einem verschlossenen Couvert an die Medizinischen Dienste Basel-Stadt, Arbeitsmedizin, Malzgasse 30, CH-4001 Basel zu schicken.