

Grindsted Sygehus
Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling
(Arbeitsmedizinische Abteilung)

FRAGEBOGEN

Durch Ausfüllen dieser Fragebogen können Sie sich auf die Fragen vorbereiten, die der Arzt beim Gespräch stellen wird. Die Auskünfte werden vertraulich behandelt.

Name:.....CPR:.....

Anschrift:.....

PLZ:..... Wohnort:.....Tel:

Hausarzt:.....Tel:.....

Stationäre Behandlungen und Untersuchungen im Krankenhaus oder beim Facharzt:
(Nur bzgl. des aktuellen Leidens – Kopien von ärztlichen Unterlagen evt beigefügen).

Jahr	Krankenhaus/Abteilung/Facharzt	Krankheit

Nehmen Sie Medikamente ein mehrfach wöchentlich?

Medikament	Gegen welche Krankheit	Anzahl Tgl./Woche

Jetziger (oder letzter) Arbeitsplatz:

Name des Unternehmens:.....

Anschrift:.....

PLZ Ort: Tel.:

Art des Betriebes/Produktion:

Eingestellt am:..... Ggf. gekündigt am:

Ihrem Fachgebiet/Ihrer Stellung:

Ihre Arbeitsgebiete:

.....

Sind Sie z. Zt. Krankgeschrieben Ja Nein

Wenn ja, ab:

Sind Sie z. Zt. arbeitslos Ja Nein

Wenn ja, ab:.....

In welcher Gewerkschaft sind Sie Mitglied:.....

Bitte, so weit wie möglich, alle frühere Arbeitsverhältnisse anführen in Reihenfolge seit dem Schulabschluss. Falls vorhanden, kann ein Lebenslauf oder eine Liste der Anstellungen stattdessen beigefügt werden.

1. Arbeitsplatz:	Angestellt von:	bis:
Fach/Stellung:		
Unternehmen:	Ort:	
Art der Arbeit:		

2. Arbeitsplatz:	Angestellt von:	bis:
Fach/Stellung:		
Unternehmen:	Ort:	
Art der Arbeit:		

3. Arbeitsplatz:	Angestellt von:	bis:
Fach/Stellung:		
Unternehmen:	Ort:	
Art der Arbeit:		

4. Arbeitsplatz:	Angestellt von:	bis:
Fach/Stellung:		
Unternehmen:	Ort:	
Art der Arbeit:		

5. Arbeitsplatz:	Angestellt von:	bis:
Fach/Stellung:		
Unternehmen:	Ort:	
Art der Arbeit:		

Weitere Arbeitsplätze können formlos aufgeführt werden.

Hier können Sie beschreiben, welche Belastungen und Einwirkungen, Ihrer Meinung nach, Ihrer Gesundheit beeinflusst haben können (z. B. Arbeitstempo, Heben, Körperhaltung, Gefahrstoffe).

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG
(Samtykkeerklæring)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die arbeitsmedizinische Abteilung (**Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling**) Auskunft, bestimmet für den Hausarzt, Fachärzte, Krankenhausabteilungen, Behörden, darunter Arbejdsmarkedets Erhvervssikring og Ankestyrelsen, ATP, Zuständige für den Arbeitsschutz und/oder meine Gewerkschaft einholen und weitergeben darf und ggf. über Entscheidungen in Berufskrankheitenverfahren bekanntgemacht wird.

(Undertegnede giver hermed samtykke til, at **Arbejds- og Miljømedicinsk Afdeling** kan indhente og videregive oplysninger til brug for egen læge, speciallæger, sygehusafdelinger, de sociale myndigheder, herunder Arbejdsmarkedets Erhvervssikring og Ankestyrelsen, ATP, arbejdsmiljørådgiver og/eller min fagforening samt blive orienteret om en eventuel arbejdsskadesags afgørelse.)

.....

Datum

.....

Unterschrift