

HITZE / ATEMSCHUTZ / GASRETTUNG / GRUBENWEHR

HERABGESETZTE SAUERSTOFFKONZENTRATION (< 17 Vol% und ≥ 15 Vol%)

EIGNUNGS- UND FOLGEUNTERSUCHUNG

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014

Datum (TT.MM.JJJJ)

Arbeitgeber/in (Beschäftigter/in)	
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
gegebenenfalls Arbeitsstätte/Arbeitsstelle/Baustelle	
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
gegebenenfalls Überlasser/in	
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
Name Arbeitnehmer/in bzw. Bedienstete/r (Familienname, Vorname)	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Stammpersonal <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> überlassen
Wohnadresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	Vers.-Nr. Geburtsdatum (TTMMJJ)
Ermächtigter/r Ärztin/Arzt (Name und Anschrift in Blockbuchstaben)	Unfallversicherungsträger <input type="checkbox"/> AUVA <input type="checkbox"/> BVA <input type="checkbox"/> VAEB <input type="checkbox"/> Eignungsunters. <input type="checkbox"/> Folgeunters.
<input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> Atemschutz <input type="checkbox"/> Gasrettung <input type="checkbox"/> Grubenwehr <input type="checkbox"/> herabgesetzte Sauerstoffkonzentration	
Tätigkeit im Betrieb	

BEURTEILUNG

<input type="checkbox"/> Für die angeführte Tätigkeit geeignet <input type="checkbox"/> Geeignet mit vorzeitiger Folgeuntersuchung <input type="checkbox"/> Nicht geeignet	nächste Untersuchung (Datum), Tätigkeit	Unterschrift und Stempel der ermächtigten Ärztin/ des ermächtigten Arztes
--	---	--

ALLGEMEINE ANAMNESE

Gravidität <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Alkohol <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Krankheiten inkl. Allergien, soweit sie für die ausgeübte Tätigkeit von Bedeutung sind
<input type="checkbox"/> Raucher/in seit (JJJJ) <input type="checkbox"/> bis 20/d <input type="checkbox"/> über 20/d <input type="checkbox"/> Nichtraucher/in seit (JJJJ)		
Medikamente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche Medikamente?	in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

BESCHWERDEN

	nein	selten	oft		nein	selten	mehr als 3 Monate im Jahr
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in Herzgegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beklemmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Höhenkrankheit	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja				
Sonstige Beschwerden und Spezifizierung der voranstehend festgestellten Beschwerden							

ARBEITSANAMNESE (Tätigkeit, Expositionsbedingungen, techn. und persönl. Schutzmaßnahmen, zusätzliche Belastungen, etc.)

--

HITZE / ATEMSCHUTZ / GASRETTUNG / GRUBENWEHR
HERABGESETZTE SAUERSTOFFKONZENTRATION (< 17 Vol% und ≥ 15 Vol%)

EIGNUNGS- UND FOLGEUNTERSUCHUNG
 gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014

Datum (TT.MM.JJJJ)

Name (Familienname, Vorname)	Vers.-Nr.	Geburtsdatum (TTMMJJ)
------------------------------	-----------	-----------------------

BEFUNDERHEBUNG

	Größe (cm)	Gewicht (kg)
Haut und Schleimhäute <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verändert Schilddrüse <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tastbar vergrößert <input type="checkbox"/> sichtbar vergrößert <input type="checkbox"/> klinische Zeichen der Überfunktion Thoraxform <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> deformiert Atemform <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auxiliär Lunge Klopfeschall <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> hypersonor <input type="checkbox"/> Pleuraschwarte Atemgeräusch <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verschärft <input type="checkbox"/> abgeschwächt <input type="checkbox"/> verlängertes Expirium Nebengeräusche <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> andere Nervensystem ZNS <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig PNS <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig Sehvermögen <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verändert Hörvermögen <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verändert Herz Herztöne <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Geräusche Herzrhythmus <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> arrhythmisch Sonstige Befunde		
Herz-Kreislauf-Funktion Blutdruck (RR) Puls/min / /		
Zeitpunkt der Untersuchung/der Probenahme (Uhrzeit) Kleine Spirographie Blut		
Datum der letzten Untersuchung Ergometrie Blutbefund Pulsoxymetrie		

KLEINE SPIROGRAPHIE (mindestens dreimal, im Stehen)

Forcierte Vitalkapazität FVC			1-Sekunden-Kapazität FEV1		
Messwert (l)	Sollwert (l)	% Soll	Messwert (l)	Sollwert (l)	% Soll
FEV1%FVC			MEF₅₀		
Messwert (%)	Sollwert (%)	% Soll	Messwert (l/sec)	Sollwert (l/sec)	% Soll

BLUTBEFUND

Erythrozyten (Mio/µl)	Hkt (%)	Hb (g/dl)	
-----------------------	---------	-----------	--

PULSOXYMETRIE

Pulsoxymetrie in Ruhe	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> pathologisch
Pulsoxymetrie während der ergometrischen Belastung	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> pathologisch
Bemerkungen zum Ergebnis der Pulsoxymetrie		

HITZE / ATEMSCUTZ / GASRETTUNG / GRUBENWEHR
HERABGESETZTE SAUERSTOFFKONZENTRATION (< 17 Vol% und ≥ 15 Vol%)

EIGNUNGS- UND FOLGEUNTERSUCHUNG

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014

Datum (TT.MM.JJJJ)

Name (Familienname, Vorname)	Vers.-Nr.	Geburtsdatum (TTMMJJ)
------------------------------	-----------	-----------------------

ERGOMETRIE

<input type="checkbox"/> Fahrrad im Sitzen		Erwartungswerte	
Verwendete EKG-Ableitungen		Herzfrequenz	Watt
Abgebrochen von Patient/Patientin wegen		Abgebrochen von Arzt/Ärztin wegen	
Letzte Stufe Watt	Sekunden	Leistungsfähigkeit % der Norm	

BEMERKUNGEN bzw. kurze Begründung bei Nichteignung/vorzeitiger Folgeuntersuchung

--

HITZE / ATEMSCHTZ / GASRETTUNG / GRUBENWEHR
HERABGESETZTE SAUERSTOFFKONZENTRATION (< 17 Vol% und ≥ 15 Vol%)
MITTEILUNG AN ARBEITGEBER/IN bzw. ÜBERLASSER/IN

EIGNUNGS- UND FOLGEUNTERSUCHUNG

Datum (TT.MM.JJJJ)

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014

Arbeitgeber/in (Beschäftiger/in)		
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		
gegebenenfalls Arbeitsstätte/Arbeitsstelle/Baustelle		
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		
gegebenenfalls Überlasser/in		
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		
Name Arbeitnehmer/in bzw. Bedienstete/r (Familienname, Vorname)	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Stammpersonal <input type="checkbox"/> überlassen
Wohnadresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	Vers.-Nr.	Geburtsdatum (TTMMJJ)
Ermächtigte/r Ärztin/Arzt (Name und Anschrift in Blockbuchstaben)	Unfallversicherungsträger	
	<input type="checkbox"/> AUVA <input type="checkbox"/> BVA <input type="checkbox"/> VAEB	
<input type="checkbox"/> Eignungsunters. <input type="checkbox"/> Folgeunters.		
<input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> Atemschutz <input type="checkbox"/> Gasrettung <input type="checkbox"/> Grubenwehr <input type="checkbox"/> herabgesetzte Sauerstoffkonzentration		
Tätigkeit im Betrieb		

BEURTEILUNG

<input type="checkbox"/> Für die angeführte Tätigkeit geeignet <input type="checkbox"/> Geeignet mit vorzeitiger Folgeuntersuchung <input type="checkbox"/> Nicht geeignet	nächste Untersuchung am (TT.MM.JJ)	Unterschrift und Stempel der ermächtigten Ärztin/ des ermächtigten Arztes
--	------------------------------------	--