azb
arbeitsmedizinisches zentrum basel

Ärztliches Tauglichkeitszeugnis für den Dienst auf schweizerischen Hochseeschiffen Medizinischer Fragebogen

Name, Vorname: ..... **Geburtsdatum:** .....

Arbeitgeber: ..... **Tätigkeit:** .....

Schiffs-Typ (z.B. Container, Tanker, Passagier): .....

Einsatzgebiet (z.B. Küste, Tropen, weltweit): .....

Letzte schiffsärztliche Untersuchung: ..... **bei wem?** .....

Wurden Sie jemals als untauglich zur Arbeit an Bord eines Schiffes bezeichnet? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, wann? ..... untersuchender Arzt: ..... Grund: .....

Wurde Ihnen jemals ein ärztliches Zeugnis mit einer eingeschränkten Tauglichkeit ausgestellt? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, wann? ..... untersuchender Arzt: ..... Grund: .....

Wurden Sie seit der letzten schiffärztlichen Untersuchung geimpft? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, bitte Details angeben (Impfstoff etc.): .....

!!! Bemerkung: Bitte bringen Sie zur Untersuchung unbedingt Ihren Impfausweis mit - Vielen Dank !!!

Familienananmanese

Bitte geben Sie an, ob jemand in Ihrer näheren Familie (Grosseltern, Eltern oder Geschwister) an folgenden Erkrankungen leidet oder litt:

Hoher Blutdruck	☐ nein ☐ ja, wer?
Zuckerkrankheit	☐ nein ☐ ja, wer?
Cholesterinerhöhung	☐ nein ☐ ja, wer?
Herzinfarkt	☐ nein ☐ ja, wer?
Hirnschlag	☐ nein ☐ ja, wer?
Epilepsie	☐ nein ☐ ja, wer?
Sonstiges	☐ nein ☐ ja, was und wer?

Derzeitige gesundheitliche Situation

Bestehen bei Ihnen derzeit gesundheitliche Störungen? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, welche?

.....

Sind Sie derzeit in Behandlung bei einem Arzt, Psychotherapeuten, etc.? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, weshalb?

.....

Sind Sie Brillen- oder Kontaktlinsenträger? ☐ nein ☐ ja

Frauen: Sind Sie schwanger? ☐ nein ☐ ja

Machen Sie Sport? ☐ nein ☐ ja: Was? .....

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja Falls ja, seit wann? ..... wie viel? .....
☐ nein-aufgehört Ggf. wie viele Jahre und wieviel geraucht? .....

Trinken Sie Alkohol? ☐ nein ☐ ja Falls ja, Art, Menge und Häufigkeit .....

Nehmen Sie Drogen? ☐ nein ☐ ja Falls ja, Art, Menge und Häufigkeit .....

Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie zurzeit einnehmen (inkl. „Pille“):

.....

Körpergrösse und Körpergewicht? .....cm ..... kg

© azb ag

Persönliche Vorgeschichte

Bitte geben Sie an, **ob** und ggf. **wann** Sie . . .
. . . **gravierende Erkrankungen** (z.B. Schlaganfall, Krebsleiden u.a.),
. . . **Operationen** (z.B. an Mandeln, Blinddarm, Leistenbruch, Bandscheiben, Augen u.a.), oder
. . . **Unfälle bzw. Verletzungen** (z.B. Knochenbrüche, Bänderrisse u.a.) hatten.

.....

.....

.....

Systemische Vorgeschichte

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?
Falls ja, bitte Zutreffendes unterstreichen.

Epilepsie, Schwindelanfälle, Ohnmachtszustände, Gedächtnisstörungen, chronischer Kopfschmerz, Migräne, Lähmungen, Gleichgewichtsstörungen, etc.	☐ nein ☐ ja
Herzbeschwerden, Herzfehler, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, niedriger oder hoher Blutdruck, Kollapszustände, Gefässerkrankungen, Venenleiden, etc.	☐ nein ☐ ja
Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Lungen- oder Brustfellentzündung, Lungen-Tuberkulose, etc.	☐ nein ☐ ja
Magen-Darm-Beschwerden (z.B. Entzündungen/Geschwüre, Morbus Crohn), Gallensteine, Lebererkrankungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Hämorrhoiden, Enddarmfisteln, etc	☐ nein ☐ ja
Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, erhöhte Blutfette, Gicht, Schilddrüsenfunktionsstörungen, etc.)	☐ nein ☐ ja
Psychische Störungen, Höhenangst, Klaustrophobie, Depressionen, Suizidversuche, Sucht-leiden, Entzugsbehandlungen wegen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch	☐ nein ☐ ja
Schlafstörungen, Schnarchen, nächtliche Atempausen	☐ nein ☐ ja
Ohrenleiden (z.B. Hörstörungen, Tinnitus, etc.), Augenleiden (z.B. grauer Star, Glaukom, etc.)	☐ nein ☐ ja
Blutkrankheiten (z.B. Anämie, etc.), Gerinnungsstörungen, Lymphdrüsenschwellungen	☐ nein ☐ ja
Wirbelsäulenprobleme (z.B. Bandscheibenerkrankungen, Hexenschuss, etc.)	☐ nein ☐ ja
Knochen-, Gelenks-(z.B. Arthrose, Rheuma, etc.) oder Muskelkrankheiten	☐ nein ☐ ja
Nierenerkrankungen (z.B. Zysten, Entzündungen, Steine, etc.)	☐ nein ☐ ja
Allergien (z.B. gegen Pollen, Tierhaare, Insekten, Nahrungsmittel, Medikamente, etc.) oder Hauterkrankungen (z.B. Ekzeme, Psoriasis, etc.)	☐ nein ☐ ja
Infektiöse Darmerkrankungen (z.B. Salmonellen, Shigellen, Amöben, Lamblien), Harnwegs - oder Geschlechtskrankheiten	☐ nein ☐ ja

Sind Sie militärdienstuntauglich erklärt worden? ☐ nein ☐ ja

Falls ja, weshalb? .....

Hiermit erkläre ich, dass ich obige Angaben sorgfältig ausgefüllt und weder wichtige Informationen verschwiegen, noch falsche Angaben gemacht habe.
Gleichzeitig ermächtige ich meine behandelnden Ärzte zur Auskunftserteilung und/oder Übermittlung medizinischer Unterlagen an die untersuchende Stelle.

Ort, Datum: Unterschrift:

© azb ag