



**Fragebogen zur Untersuchung nach G25 (Fahr-, Steuer- und
Überwachungstätigkeiten) und G41 (Arbeiten mit Absturzgefahr)**

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Fahrtätigkeit als:

Gabelstaplerfahren PKW- Fahrer LKW- Fahrer

(Klein-) Busfahrer Steuertätigkeit/ Überwachungstätigkeit:

Dr. med.

Arno Lange

Facharzt für Arbeitsmedizin,
Innere Medizin, Umweltmedizin,
Ermächtigter Arzt für Strahlen-
schutz, Reisemedizin

Dr. med.

Frank Pinoli

Facharzt für Innere Medizin,
Betriebsmedizin, Ermächtigter
Arzt für Strahlenschutz

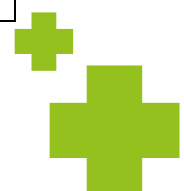
Dipl. Biol.

Eva Lange

Fachärztin für Allgemeinmedizin,
Betriebsmedizin, Umweltmedizin,
Reisemedizin

Beschwerden bei der Arbeit?	JA	NEIN
Nacken- oder Schulterschmerzen		
Magen- oder Darmbeschwerden		
Ermüdung		
Schwindel, Gleichgewichtsstörung		
Angstgefühle		
Sonstiges:		

Benötigte Sehhilfen?	JA	NEIN
Fernbrille		
Nahbrille		
Gleitsichtbrille		
Kontaktlinsen		



Momentane oder frühere augenärztliche Behandlungen wegen:	JA	NEIN
Schielen		
Netzhautablösung		
Verletzung		
Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)		
Trübung der Augenlinse (Katarakt)		
Sonstiges:		

Momentan oder frühere Erkrankungen	JA	NEIN
Schnarchen Sie häufig (fast jede Nacht bzw. mehr als 3x pro Woche) oder berichtet Ihr Partner darüber?		
Haben Sie Atemaussetzer oder berichtet Ihr Partner darüber?		
Leiden Sie am Tage unter Schläfrigkeit? (Fallen Ihnen die Augen zu, schlafen Sie ungewollt ein?)		
Hatten Sie schon einmal während der Arbeit Sekundenschlaf? Sind Sie am Steuer schon einmal eingeschlafen?		
Zuckerkrankheit		
Bluthochdruck		
Herzstechen, -infarkt, Schlaganfall		
Herzrhythmusstörungen		
Gemüts- oder Geisteskrankheiten		
Alkohol- oder Drogenmissbrauch/ -sucht		
Funktionsbeeinträchtigungen von Armen/ Beinen		
Epileptische Anfälle		
Allergien		

Nehmen Sie Medikamente, Aufputzmittel:

Welche? _____

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 www.pia-siegburg.de/datenschutz.html

Haben Sie darüber hinaus noch weitere Fragen, sprechen Sie uns gerne an!

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

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	Wahrscheinlichkeit einzunicken
Im Sitzen lesend	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Beim Fernseher	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Wenn Sie sitzen und sich mit jemanden unterhalten	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Wenn Sie nach dem Mittagessen (Ohne Alkohol) ruhig dasitzen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<i>Bitte nicht ausfüllen</i>	
<i>Summe:</i>	