

MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN ZUR ERLANGUNG DER EU-QUALIFIKATIONS LIZENZ BINNENSCHIFFFAHRT

ANGABEN ZUR PERSON

Geburtsname Vorname

lux. Sozialversicherungsnummer

oder Geburtsdatum
Jahr Monat Tag

Straße und Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefonnummer

Berufsbezeichnung: Schiffsführer Matrose Decksleute Sachkundiger für die Fahrgastschiffahrt
 Steuermann Bootsmann Sachkundiger für Flüssigerdgas (LNG)

Kreuzen Sie bitte für jede Frage die entsprechende Antwort an und ergänzen Sie.

*Jede Frage muss beantwortet werden

	HATTEN SIE ODER HABEN SIE:	JA*	NEIN*
1	Eine Herzerkrankung, Gefäßerkrankung (Bluthochdruck, Herzinfarkt, Ohnmachtsanfälle mit oder ohne Bewusstlosigkeit, Herzrhythmusstörungen, usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche		
	Jahr des Auftretens Sind Sie heute geheilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Atembeschwerden (Asthma, usw.), eine Allergie, Lungenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche		
	Jahr des Auftretens Sind Sie heute geheilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Erkrankungen der Bauchorgane (Magen, Leber, Darm, usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche		
	Jahr des Auftretens Sind Sie heute geheilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Eine Nieren- oder Harnwegserkrankung (Infektionen, Nieren-/Harnleitersteine, usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche		
	Jahr des Auftretens Sind Sie heute geheilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Eine Bluterkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche		
	Jahr des Auftretens Sind Sie heute geheilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, beschreiben Sie eventuelle Folgeerscheinungen		

	HATTEN SIE ODER HABEN SIE:	JA*	NEIN*
6	Eine schwere/chronische Infektionserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche		
	Jahr des Auftretens Sind Sie heute geheilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, beschreiben Sie eventuelle Folgeerscheinungen		
7	Eine Stoffwechselstörung: Diabetes Mellitus, Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche		
	Jahr des Auftretens Sind Sie heute geheilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, beschreiben Sie eventuelle Folgeerscheinungen - Begleitet durch Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Welche Art von Schwächeanfall		
8	Eine Erkrankung der Knochen, der Gelenke, Sehnenentzündungen, ein Knochenbruch, oder artikulare Spätfolgen nach einem Unfall, Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche		
	Jahr des Auftretens Sind Sie heute geheilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, beschreiben Sie eventuelle Folgeerscheinungen		
9	Eine neurologische Erkrankung (Gleichgewichtsstörungen: Schwindel, Bewusstlosigkeit, Epilepsie, Schlafapnoe, Hirntumor, usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche		
	Jahr des Auftretens Sind Sie heute geheilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, beschreiben Sie eventuelle Folgeerscheinungen		
10	Leiden Sie unter einer Depression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, Jahr des Auftretens Sind Sie heute geheilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Eine psychiatrische Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche		
	Jahr des Auftretens Sind Sie heute geheilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, beschreiben Sie eventuelle Folgeerscheinungen - Leiden Sie unter einer Depression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Eine Augenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche		
	Jahr des Auftretens Sind Sie heute geheilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, beschreiben Sie eventuelle Folgeerscheinungen		
	Haben Sie sich einer Augenoperation unterzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche		
	Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche (für weites Sehen, für nahes Sehen, Gleitsichtgläser, usw.)?		
13	Probleme im Bereich der Nase, des Rachens, der Ohren (Tinnitus/Ohrgeräusche), der Zunge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche		
	Jahr des Auftretens Sind Sie heute geheilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, beschreiben Sie eventuelle Folgeerscheinungen		
14	Hautprobleme (Reizungen, Allergie, Ausschlag, usw.)?		
	Wenn ja, welche		
	Jahr des Auftretens Sind Sie heute geheilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, beschreiben Sie eventuelle Folgeerscheinungen		

	HATTEN SIE ODER HABEN SIE:	JA*	NEIN*
15	Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche		
	In welchem(n) Jahr(en)? Sind Sie heute geheilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, beschreiben Sie eventuelle Folgeerscheinungen		
16	Litten oder leiden Sie an anderen, hier nicht aufgeführten, Gesundheitsproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche		
	Jahr(e) des Auftretens Sind Sie heute geheilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, beschreiben Sie eventuelle Folgeerscheinungen		
17	Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche		
18	Gehen Sie einer regelmäßigen körperlichen Aktivität nach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche Art von Aktivität		
	In welcher Häufigkeit		
19	Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag		
	Sind Sie ehemaliger Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Konsumieren Sie regelmäßig folgende Substanzen:		
	- Alkohol? Wenn ja, wie viele Gläser pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Falls ja, welche Drogen (Cannabis, Aufputzmittel, andere Drogen)?		
22	Haben Sie sich in der Vergangenheit oder aktuell einer Entziehungskur unterzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welcher		

Ich, der/die Unterzeichnende, Herr/Frau
bestätige hiermit, dass ich diesen Fragebogen, meinen Gesundheitszustand betreffend, ausgefüllt habe, ohne hierbei wichtige Informationen auszulassen.
Die gemachten Angaben sind richtig und entsprechen in vollem Umfang der Wahrheit.

Die Antworten auf diesem Fragebogen sind ein wesentlicher Bestandteil meiner Krankenakte und werden daher streng vertraulich behandelt.

Ich bin mir der strafrechtlichen Konsequenzen bewusst, die mir als Verfasser einer verfälschten Darstellung drohen können.

Dieser vollständig ausgefüllte und unterschriebene Fragebogen ist dem Arbeitsmediziner bei der ärztlichen Untersuchung vorzulegen.

Datum und handschriftliche Unterschrift des Erklärenden
(Pflichtfeld)