

Medizinischer Anamnese Fragebogen



Bevor Sie diesen Fragebogen ausfüllen, vergewissern Sie sich, dass:

- Ihr Arbeitgeber dem STM einen Arbeitgeberantrag für Ihre Einstellungsuntersuchung übermittelt hat,
- Ihre Firma beim STM angemeldet ist.

Wenn eine oder mehrere dieser Voraussetzungen nicht erfüllt sind, kann Ihr Fragebogen nicht berücksichtigt werden und wird entsorgt laut den gesetzlichen Verpflichtungen des **RGDPR**.

Wann ist der nachstehende “Medizinische-Anamnese-Fragebogen” anzuwenden?

Aufgrund der aktuellen, gesundheitlichen Gefahrenlage, sowie um den Publikumsverkehr so gering wie möglich zu halten, besteht die Möglichkeit, **Einstellungsuntersuchungen** für bestimmte Berufsgruppen auf Grundlage eines “Medizinischen Anamnese Fragebogens” zu erstellen. Es gilt hierbei folgende Vorgehensweise zu beachten:

1. Der Arbeitgeber übermittelt dem STM einen «Arbeitgeberantrag» zur Einstellungsuntersuchung.

*Dies gilt für folgende Berufsgruppen:

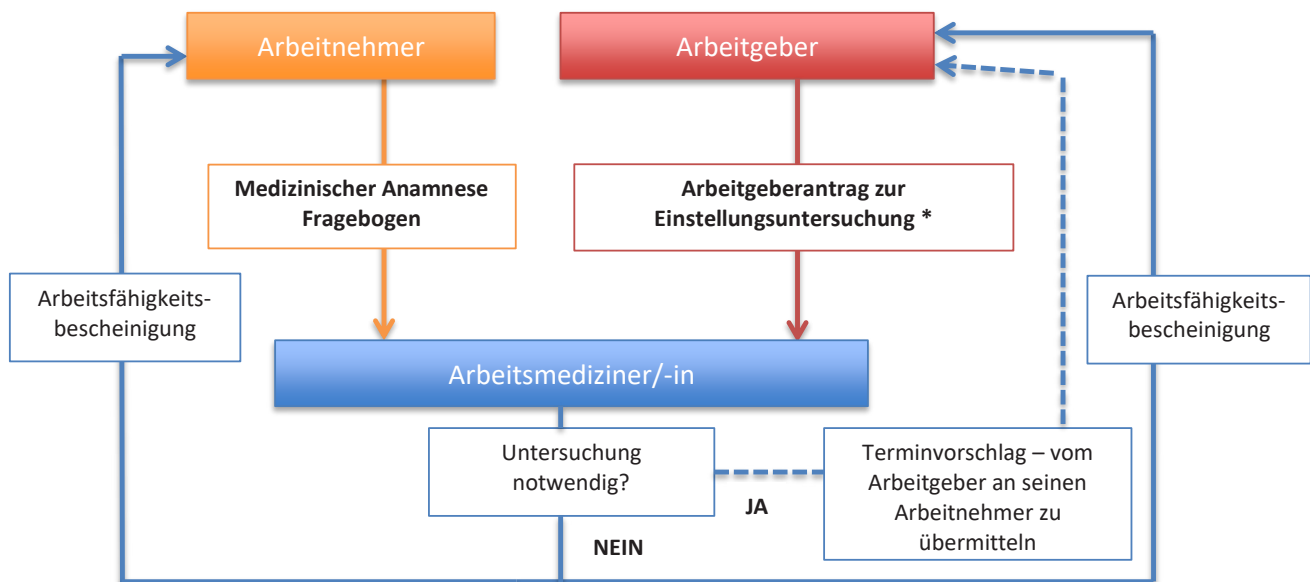
- Büroarbeitsplätze,
- Verwaltungsposten,
- IT-Bereich,
- Servicemitarbeiter-/innen in der Gastronomie,
- Verkaufswesen (ausgenommen davon sind Warenverräumer, Verkäufer-/innen von Lebensmittel, und Verkäufer-/innen von Kraftfahrzeugen).

2. Anschließend muss der sorgfältig ausgefüllte “Medizinische Anamnese Fragebogen”, vom Mitarbeiter an den STM übermittelt werden.

3. Auf der Grundlage dieses Fragebogens, **sowie** des Arbeitgeberantrages, entscheidet der Arbeitsmediziner entweder über Tauglichkeit oder über die Einladung des Arbeitnehmers zu einem Arztbesuch. **Bitte beachten Sie, dass das Dossier, ohne eingereichten Arbeitgeberantrag, nicht bearbeitet werden kann.**

4. Bei Arbeitsplatztauglichkeit wird die Arbeitsfähigkeitsbescheinigung automatisch an den Arbeitgeber, sowohl als auch an den Arbeitnehmer versendet.
Sollte sich eine medizinische Untersuchung als notwendig erweisen, so wird Ihnen ein Untersuchungstermin mitgeteilt. Bitte informieren Sie Ihren Arbeitnehmer über diesen Termin.

Selbstverständlich besteht weiterhin die Möglichkeit auf Wunsch des Arbeitgebers oder Arbeitnehmers einen Termin zu vereinbaren.



VON DEM/DER ANGESTELLTEN AUSZUFÜLLEN UND PER POST AN DEN ARBEITSMEDIZINER ZWECKS STELLUNGNAHME ZURÜCKZUSENDEN.

BITTE NICHT AN DEN ARBEITGEBER ZURÜCKSENDEN!

DER MEDIZINISCHE ANAMNESE FRAGEBOGEN KANN ERST NACH EINGANG, DES VOM ARBEITGEBER ÜBERMITTELTEN ARBEITGEBERANTRAGS, DURCH DEN ZUSTÄNDIGEN ARBEITSMEDIZINER BEARBEITET WERDEN.

ARBEITNEHMERINFORMATIONEN

Geburtsname: Vorname:

lux. Sozialversicherungsnummer:

Straße und Hausnummer:

PLZ: Wohnort:

Bezeichnung des Arbeitsplatzes in der Firma:

ARBEITGEBERINFORMATIONEN

Firmenname:

Kreuzen Sie bitte für jede Frage die entsprechende Antwort an:

*Jede Frage muss beantwortet werden

	HATTEN SIE ODER HABEN SIE:	JA*	NEIN*
1	Herzerkrankungen, Gefäßerkrankungen (Bluthochdruck, Herzinfarkt, Ohnmachtsanfälle mit oder ohne Bewusstlosigkeit)? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Atembeschwerden, Allergien, Lungenerkrankungen? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Erkrankungen der Bauchorgane (Magen, Leber, Darm ...)? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Nieren- und/oder Harnwegserkrankungen (Infektionen, Nieren-/Harnleitersteine ...)? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Bluterkrankungen? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Infektionserkrankungen mit erhöhtem Schweregrad? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Stoffwechselstörungen (Diabetes Mellitus, Schilddrüsenerkrankungen ...)? Wenn ja, welche: - Begleitet durch Ohnmachtsanfälle? Wenn ja, welche Art von Schwächeanfall?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Erkrankungen der Knochen, Gelenke, Frakturen oder artikuläre Spätfolgen nach einem Unfall, Rückenschmerzen? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	HATTEN SIE ODER HABEN SIE:	JA*	NEIN*
9	Neurologische Erkrankungen (Gleichgewichtsstörungen, Schwindelanfälle, Bewusstlosigkeit, Epilepsie, Schlafapnoe-Syndrom ...)? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Psychiatrische Erkrankungen? Wenn ja, welche: - Leiden Sie unter einer Depression?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11	Augenerkrankungen? Wenn ja, welche: Haben Sie sich einer Augenoperation unterzogen? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Haben Sie sich in der Vergangenheit oder aktuell einer Entziehungskur unterzogen? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Konsumieren Sie regelmäßig folgende Substanzen: - Alkohol? Wenn ja, wieviele Gläser pro Tag? - Cannabis? - Aufputzmittel/Stimulanzien? - Andere Drogen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15	Litten oder leiden Sie an anderen, hier nicht gelisteten, Gesundheitsproblemen? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Sind Sie Raucher? Wenn ja, wieviele Zigaretten am Tag?..... Sind Sie ehemaliger Raucher?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17	Gehen Sie einer regelmäßigen, körperlichen Aktivität nach? Wenn ja, welche Art von Aktivität?..... In welcher Regelmäßigkeit?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 diesen 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.

Bitte schicken Sie das Original unterschrieben per Post an:
Service de Santé au Travail Multisectoriel
32, rue Glesener
L-1630 LUXEMBOURG

Datum/Unterschrift des/der Erklärenden