

# Medizinischer Fragebogen für Saisonarbeiter



**Dieser Fragebogen wird im Rahmen der ärztlichen Untersuchung für Personal verwendet, das einen Saisonarbeitsplatz OHNE MASCHINENFÜHREN belegt. Auf der Grundlage des Fragebogens entscheidet der Arbeitsmediziner entweder über die Eignung oder über die Einberufung des Arbeitnehmers zu einer ärztlichen Untersuchung.**

**Außerhalb des Rahmens der Saisonarbeit kann der Fragebogen nicht berücksichtigt werden und wird vernichtet, um die Anforderungen der DSGVO zu erfüllen.**

Bitte schicken Sie das unterschriebene Original und die angefragten Unterlagen per Post an:

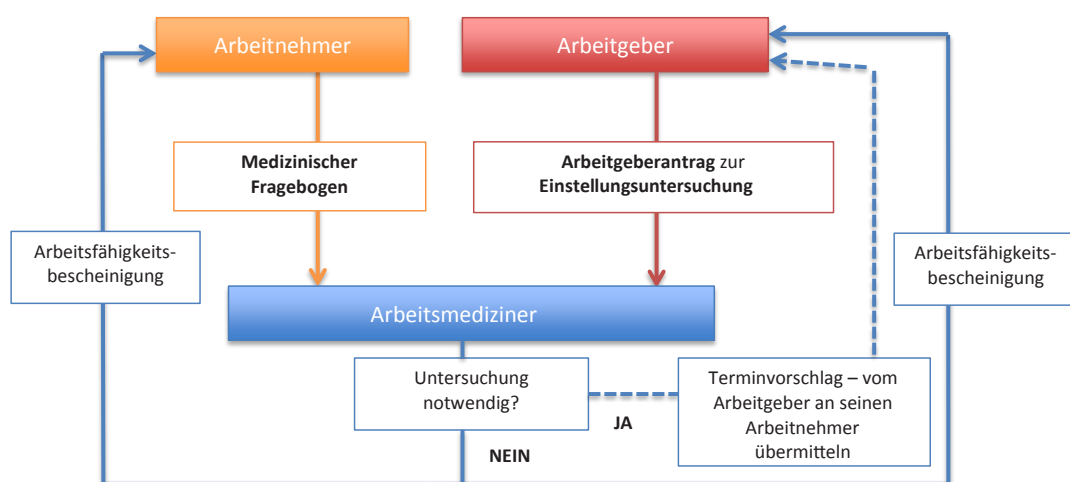
Service de Santé au Travail Multisectoriel  
32, rue Glesener  
L-1630 LUXEMBOURG

## Wie ist die Vorgehensweise ?

- 1.** Der Arbeitgeber übermittelt dem STM einen **«Arbeitgeberantrag»** für die Einstellungsuntersuchung seines Arbeitnehmers zur Saisonarbeit OHNE MASCHINENFÜHREN.
- 2.** Der Arbeitnehmer übermittelt den hier nachstehenden **medizinischen Fragebogen** sorgfältig ausgefüllt dem STM.
- 3.** Auf der Grundlage dieses Fragebogens **sowie** des Arbeitgeberantrages, entscheidet der Arbeitsmediziner entweder über die 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 an den Arbeitgeber sowie den Arbeitnehmer versendet.

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

**Sollte sich, aufgrund der in dem Fragebogen zusammengetragenen Daten, eine medizinische Untersuchung als notwendig erweisen, wird dem Arbeitgeber ein Termin vorgeschlagen, den dieser an seinen Beschäftigten weiterzuleiten hat.**



VON DEM/DER ANGESTELLTEN UND SEINEM BEHANDELNDEN ARZT AUSZUFÜLLEN UND ZUSAMMEN MIT DEN NACHSTEHEND ANGEFRAGTEN UNTERLAGEN PER POST AN DEN ARBEITSMEDIZINER ZWECKS STELLUNGNAHME ZURÜCKZUSENDEN.

BITTE NICHT AN DEN ARBEITGEBER ZURÜCKSENDEN

## ARBEITNEHMERINFORMATIONEN

Geburtsname  Vorname

lux. Sozialversicherungsnummer       
oder Geburtsdatum Jahr Monat Tag

Straße und Hausnummer

PLZ  Wohnort

Telefonnummer:

Firmenname:

Bezeichnung des Arbeitsplatzes in der Firma:

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, Aufputschmittel, andere Drogen)? .....		
22	Haben Sie sich in der Vergangenheit oder aktuell einer Entziehungskur unterzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welcher .....		

Ihr Gewicht (kg): <input type="text"/>	Ihre Größe (m): <input type="text"/>
--	--------------------------------------

**Diesem Dokument beizufügen :**  
- Eine Kopie Ihres Impfpasses,  
- Eventuelle Kopie(n) Ihres(r) medizinischen Berichts(e), die für die Entscheidung nützlich sind.

**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.

**Date and handwritten signature  
of the declarant**  
(Pflichtfeld)

**Datum und handschriftliche Unterschrift  
des behandelnden Arztes**  
(Pflichtfeld)

Bitte schicken Sie das unterschriebene Original und die angefragten Unterlagen per Post an: STM - 32, rue Glesener- L-1630 LUXEMBOURG