A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	PQ	R	S	Sch	St	T	U	V	W	XY	Z	5	10	15	20	25
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Bemerkungen, insbesondere bei Bedenken gegen bestimmte Tätigkeiten (Auflagen, Befristungen)

Technische Messdaten / besondere Vorkommnisse am Arbeitsplatz bzw. bei der untersuchten Person:

Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen:

Weitere Unterlagen (ärztlich, betrieblich):

PERSÖNLICHE ANGABEN

Sozialanamnese

010 Berufskrankheiten – MdE?

011 Arbeitsunfälle – MdE?

012 Kriegs-/Wehrdienstbeschädigung – MdE?

013 Schwerbehindert – MdE?

014 sonstige schwere Unfälle — bitte ankreuzen — ja

020 Rauchen (Menge/Art/Dauer) — ja

021 Alkohol (Menge/Art/Dauer) — ja

Regelmäßige Medikamente

025 insbes. Antikoagulanzien / Insulin

030 **Hausarzt/Hausärztin** (Name/Anschrift) — Name: — Anschrift:

Arbeitsanamnese

040 Tagschicht — ja

041 Früh- und Spätschicht — ja

042 vollkontinuierliche Wechselschicht — ja

050 **Ausbildung/erlernter Beruf**

060 **Frühere Arbeitsplätze**
(Arbeitsbereich, Art der Tätigkeit, Dauer der Tätigkeit, Expositionen – auch in Fremdunternehmen)

070 **Ergänzende persönliche Angaben**

Änderungen/Ergänzungen
(bitte mit Positionsziffern und Datum der Eintragung)