

**Arbeitsmedizinische Untersuchungen**  
**Ergänzungsuntersuchung bei Belastungen durch Hand-Arm-Vibrationen**

**DGUV Empfehlung "Belastungen des Muskel-Skelett-Systems einschließlich Vibrationen"**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

1. Sind sie

Rechtshänder  | Linkshänder  | Beidhänder

2. Mit welchen Geräten oder Maschinen, die Schwingungen (Vibrationen) hervorrufen, arbeiten Sie?  
 (z. B. Schleifmaschine, Motorsäge, Meißelhammer, Presslufthammer, s. Geräteliste auf der Rückseite)

Bitte listen Sie alle Geräte auf und geben Sie für jedes Gerät die folgenden Angaben an:

Gerätetyp	Exposition seit (Monat, Jahr)	Nutzung		
		Stunden pro Tag	Stunden pro Woche	Stunden pro Jahr

3. Haben Sie kalte Hände?

nie  | selten  | manchmal  | oft  | immer

4. Kommt es vor, dass Ihre Finger kribbeln oder sich wie taub anfühlen?

nie  | mehrmals pro Jahr  | mehrmals pro Monat  | mehrmals pro Woche  | mehrmals pro Tag

5. Kommt es vor, dass Ihre Finger weiß werden und wie abgestorben sind?

nie  | mehrmals pro Jahr  | mehrmals pro Monat  | mehrmals pro Woche  | mehrmals pro Tag

6. Wann werden Ihre Finger weiß bzw. werden wie taub oder kribbeln?

eher in der kalten Jahreszeit  | eher in der warmen Jahreszeit  | unabhängig von der Jahreszeit

7. Wann haben Sie bemerkt, dass ein oder mehrere Finger wie abgestorben waren, kribbelten oder weiß aussahen?

zum **ersten Mal** im Jahr \_\_\_\_\_ | **zuletzt** vor \_\_\_\_\_ Tagen | **zuletzt** vor \_\_\_\_\_ Monaten | **zuletzt** vor \_\_\_\_\_ Jahren

8. In welchen Situationen tritt das Kribbeln oder Absterben der Finger auf?

Vorwiegend in Kälte  | nach der Pause   
 Beim Anfassen von kalten Gegenständen  | Nachts   
 Nach mehreren Stunden Arbeit mit vibrierenden Werkzeugen  | Beim Schwimmen   
 Beim Fahrrad-, Moped- oder Motorradfahren   
 In anderen Situationen \_\_\_\_\_

9. Haben Sie diese Beschwerden auch an den Zehen?

nein  | ja

10. Haben Sie Schwierigkeiten bei kniffligen Tätigkeiten? (wie z. B. Knöpfe zumachen, Schalter betätigen, Geldmünzen aufheben, Nägel sortieren o. Ä.)

nein  | ja , und zwar \_\_\_\_\_

11. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein  | ja , und zwar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des Arztes/der Ärztin \_\_\_\_\_