

Fragebogen G26

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren;

Bei Ihnen soll heute eine Untersuchung gemäß §6 DGUV Vorschrift 49, „Feuerwehren“ durchgeführt werden. Diese Untersuchung dient letztlich Ihrer persönlichen Sicherheit im Einsatz.

Bitte beantworten Sie deshalb die folgenden Fragen. Dies dient der ersten Einschätzung vor der Untersuchung.

Fragen:

Hatten Sie jemals Bewusstseins- oder Gleichgewichtsstörungen?

- Ja
- Nein

Wenn ja: Wann?

Leiden Sie unter Anfallsleiden jeglicher Ursache (z.B. Epilepsie)?

- Ja
- Nein

Wenn ja: Wann?

Hatten Sie schon einmal

- Schädelverletzungen
- Hirnverletzungen
- Hirndurchblutungsstörungen

Wenn ja: Wann?

Hatten Sie schon einmal Depressionen oder vergleichbare Erkrankungen?

- Ja
- Nein

Wenn ja, nehmen Sie derzeit Medikamente deshalb ein, oder befinden Sie sich in anderer Behandlung deshalb?

Leiden Sie unter Ängsten (z.B. Angst in engen Räumen, „Höhenangst“?)

- Ja
- Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja?

- Ja
- Nein

Wenn ja: wie oft und wieviel?

Rauchen Sie?

- Ja
- Nein

Wenn ja: wie oft und wieviel

Nehmen Sie gelegentlich oder auch regelmäßig andere Drogen

- Ja
- Nein

Wenn ja: welche, wie oft und wieviel?

Tragen Sie eine Zahnvollprothese?

- Ja
- Nein

Haben Sie eine chronische Lungenerkrankung wie z.B.:

- Asthma,
- chronische Bronchitis,
- COPD?

Wenn ja: seit wann wissen Sie davon?

Haben Sie Bluthochdruck?

- Ja
- Nein

Wenn ja, nehmen Sie Medikamente deshalb ein und wenn ja, welche?

Hatten Sie einen Herzinfarkt?

- Ja
- Nein

Wenn ja, nehmen Sie Medikamente deshalb ein und wenn ja, welche?

Sind bei Ihnen Erkrankungen der Wirbelsäule, des Beckens oder der Arme/Beine bekannt?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche? Bestehen deshalb irgendwelche Einschränkungen?

Haben Sie Hauterkrankungen, wie z. B: Neurodermitis?

- Ja
- Nein

Wenn ja, nehmen Sie Medikamente deshalb ein und wenn ja, welche?

Wurden bei Ihnen in der Vergangenheit Erkrankungen der Augen wie z.B. ein Engwinkelglaukom festgestellt?

- Ja
- Nein

Wenn ja, nehmen Sie Medikamente deshalb ein und welche?

Tragen Sie eine Brille/Kontaktlinsen?

- Ja
- Nein

Wurde in der Vergangenheit eine Hörschwäche festgestellt?

- Ja
- Nein

Bestehen bei Ihnen Stoffwechselkrankheiten, z.B. Zuckerkrankheit

- Ja
- Nein

Wenn ja, nehmen Sie Medikamente deshalb ein und welche?

Datum der letzten G26.3 Untersuchung? _____

Unterschrift _____