

# HITZE / ATEMSCUTZ / GASRETTUNG / GRUBENWEHR

## HERABGESETZTE SAUERSTOFFKONZENTRATION (< 17 Vol% und ≥ 15 Vol%)

### EIGNUNGS- UND FOLGEUNTERSUCHUNG

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014

Datum (TT.MM.JJJJ)

Arbeitgeber/in (Beschäftigter/in)	
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
gegebenenfalls Arbeitsstätte/Arbeitsstelle/Baustelle	
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
gegebenenfalls Überlasser/in	
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
Name Arbeitnehmer/in bzw. Bedienstete/r (Familienname, Vorname)	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Stammpersonal <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> überlassen
Wohnadresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	Vers.-Nr.    Geburtsdatum (TTMMJJ)
Ermächtigter/r Ärztin/Arzt (Name und Anschrift in Blockbuchstaben)	Unfallversicherungsträger <input type="checkbox"/> AUVA <input type="checkbox"/> BVA <input type="checkbox"/> VAEB <input type="checkbox"/> Eignungsunters. <input type="checkbox"/> Folgeunters.
<input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> Atemschutz <input type="checkbox"/> Gasrettung <input type="checkbox"/> Grubenwehr <input type="checkbox"/> herabgesetzte Sauerstoffkonzentration	
Tätigkeit im Betrieb	

### BEURTEILUNG

<input type="checkbox"/> Für die angeführte Tätigkeit geeignet <input type="checkbox"/> Geeignet mit vorzeitiger Folgeuntersuchung <input type="checkbox"/> Nicht geeignet	nächste Untersuchung (Datum), Tätigkeit	Unterschrift und Stempel der ermächtigten Ärztin/ des ermächtigten Arztes
--	---	--

### ALLGEMEINE ANAMNESE

Gravidität <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Alkohol <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Krankheiten inkl. Allergien, soweit sie für die ausgeübte Tätigkeit von Bedeutung sind
<input type="checkbox"/> Raucher/in seit (JJJJ) <input type="checkbox"/> bis 20/d <input type="checkbox"/> über 20/d <input type="checkbox"/> Nichtraucher/in seit (JJJJ)		
Medikamente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche Medikamente?	in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

### BESCHWERDEN

	nein	selten	oft		nein	selten	mehr als 3 Monate im Jahr
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in Herzgegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beklemmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Höhenkrankheit	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja				
Sonstige Beschwerden und Spezifizierung der voranstehend festgestellten Beschwerden							

### ARBEITSANAMNESE (Tätigkeit, Expositionsbedingungen, techn. und persönl. Schutzmaßnahmen, zusätzliche Belastungen, etc.)

--

**HITZE / ATEMSCUTZ / GASRETTUNG / GRUBENWEHR**  
**HERABGESETZTE SAUERSTOFFKONZENTRATION (< 17 Vol% und ≥ 15 Vol%)**

**EIGNUNGS- UND FOLGEUNTERSUCHUNG**  
 gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014

Datum (TT.MM.JJJJ)

Name (Familienname, Vorname)	Vers.-Nr.	Geburtsdatum (TTMMJJ)
------------------------------	-----------	-----------------------

**BEFUNDERHEBUNG**

	Größe (cm)	Gewicht (kg)						
<p><b>Haut und Schleimhäute</b>    <input type="checkbox"/> normal    <input type="checkbox"/> verändert</p> <p><b>Schilddrüse</b>    <input type="checkbox"/> normal    <input type="checkbox"/> tastbar vergrößert    <input type="checkbox"/> sichtbar vergrößert    <input type="checkbox"/> klinische Zeichen der Überfunktion</p> <p><b>Thoraxform</b>    <input type="checkbox"/> unauffällig    <input type="checkbox"/> deformiert</p> <p><b>Atemform</b>    <input type="checkbox"/> unauffällig    <input type="checkbox"/> auxiliär</p> <p><b>Lunge</b></p> <p>Klopfschall    <input type="checkbox"/> unauffällig    <input type="checkbox"/> hypersonor    <input type="checkbox"/> Pleuraschwarte</p> <p>Atemgeräusch    <input type="checkbox"/> normal    <input type="checkbox"/> verschärft    <input type="checkbox"/> abgeschwächt    <input type="checkbox"/> verlängertes Expirium</p> <p>Nebengeräusche    <input type="checkbox"/> keine    <input type="checkbox"/> trocken    <input type="checkbox"/> feucht    <input type="checkbox"/> andere</p> <p><b>Nervensystem</b></p> <p>ZNS    <input type="checkbox"/> unauffällig    <input type="checkbox"/> auffällig</p> <p>PNS    <input type="checkbox"/> unauffällig    <input type="checkbox"/> auffällig</p> <p><b>Sehvermögen</b>    <input type="checkbox"/> normal    <input type="checkbox"/> verändert</p> <p><b>Hörvermögen</b>    <input type="checkbox"/> normal    <input type="checkbox"/> verändert</p> <p><b>Herz</b></p> <p>Herztöne    <input type="checkbox"/> o.B.    <input type="checkbox"/> Geräusche</p> <p>Herzrhythmus    <input type="checkbox"/> o.B.    <input type="checkbox"/> arrhythmisch</p> <p><b>Sonstige Befunde</b></p>								
<p><b>Herz-Kreislauf-Funktion</b></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">Blutdruck (RR)</td> <td style="width:15%;">Puls/min</td> <td style="width:70%;"></td> </tr> <tr> <td>/</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Blutdruck (RR)	Puls/min		/		
Blutdruck (RR)	Puls/min							
/								
<p><b>Zeitpunkt der Untersuchung/der Probenahme (Uhrzeit)</b></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">Kleine Spirographie</td> <td style="width:70%;">Blut</td> </tr> </table>			Kleine Spirographie	Blut				
Kleine Spirographie	Blut							
<p><b>Datum der letzten Untersuchung</b></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">Ergometrie</td> <td style="width:35%;">Blutbefund</td> <td style="width:35%;">Pulsoxymetrie</td> </tr> </table>			Ergometrie	Blutbefund	Pulsoxymetrie			
Ergometrie	Blutbefund	Pulsoxymetrie						

**KLEINE SPIROGRAPHIE** (mindestens dreimal, im Stehen)

<p><b>Forcierte Vitalkapazität FVC</b></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">Messwert (l)</td> <td style="width:20%;">Sollwert (l)</td> <td style="width:20%;">% Soll</td> </tr> </table>			Messwert (l)	Sollwert (l)	% Soll	<p><b>1-Sekunden-Kapazität FEV1</b></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">Messwert (l)</td> <td style="width:20%;">Sollwert (l)</td> <td style="width:20%;">% Soll</td> </tr> </table>			Messwert (l)	Sollwert (l)	% Soll
Messwert (l)	Sollwert (l)	% Soll									
Messwert (l)	Sollwert (l)	% Soll									
<p><b>FEV1%FVC</b></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">Messwert (%)</td> <td style="width:20%;">Sollwert (%)</td> <td style="width:20%;">% Soll</td> </tr> </table>			Messwert (%)	Sollwert (%)	% Soll	<p><b>MEF<sub>50</sub></b></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">Messwert (l/sec)</td> <td style="width:20%;">Sollwert (l/sec)</td> <td style="width:20%;">% Soll</td> </tr> </table>			Messwert (l/sec)	Sollwert (l/sec)	% Soll
Messwert (%)	Sollwert (%)	% Soll									
Messwert (l/sec)	Sollwert (l/sec)	% Soll									

**BLUTBEFUND**

Erythrozyten (Mio/µl)	Hkt (%)	Hb (g/dl)	
-----------------------	---------	-----------	--

**PULSOXYMETRIE**

Pulsoxymetrie in Ruhe	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> pathologisch	
Pulsoxymetrie während der ergometrischen Belastung	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> pathologisch	
Bemerkungen zum Ergebnis der Pulsoxymetrie			

**HITZE / ATEMSCUTZ / GASRETTUNG / GRUBENWEHR**  
**HERABGESETZTE SAUERSTOFFKONZENTRATION (< 17 Vol% und ≥ 15 Vol%)**

**EIGNUNGS- UND FOLGEUNTERSUCHUNG**

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014

Datum (TT.MM.JJJJ)

Name (Familienname, Vorname)	Vers.-Nr.	Geburtsdatum (TTMMJJ)
------------------------------	-----------	-----------------------

**ERGOMETRIE**

<input type="checkbox"/> Fahrrad im Sitzen		<b>Erwartungswerte</b>	
Verwendete EKG-Ableitungen		Herzfrequenz	Watt
Abgebrochen von Patient/Patientin wegen		Abgebrochen von Arzt/Ärztin wegen	
Letzte Stufe Watt	Sekunden	<b>Leistungsfähigkeit</b> % der Norm	

**BEMERKUNGEN** bzw. kurze Begründung bei Nichteignung/vorzeitiger Folgeuntersuchung

--

**HITZE / ATEMSCUTZ / GASRETTUNG / GRUBENWEHR**  
**HERABGESETZTE SAUERSTOFFKONZENTRATION (< 17 Vol% und ≥ 15 Vol%)**  
**MITTEILUNG AN ARBEITGEBER/IN bzw. ÜBERLASSER/IN**

**EIGNUNGS- UND FOLGEUNTERSUCHUNG**

Datum (TT.MM.JJJJ)

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014

Arbeitgeber/in (Beschäftiger/in)		
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		
gegebenenfalls Arbeitsstätte/Arbeitsstelle/Baustelle		
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		
gegebenenfalls Überlasser/in		
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		
Name Arbeitnehmer/in bzw. Bedienstete/r (Familienname, Vorname)	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Stammpersonal <input type="checkbox"/> überlassen
Wohnadresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	Vers.-Nr.	Geburtsdatum (TTMMJJ)
Ermächtigte/r Ärztin/Arzt (Name und Anschrift in Blockbuchstaben)	Unfallversicherungsträger <input type="checkbox"/> AUVA <input type="checkbox"/> BVA <input type="checkbox"/> VAEB	
	<input type="checkbox"/> Eignungsunters. <input type="checkbox"/> Folgeunters.	
<input type="checkbox"/> <b>Hitze</b> <input type="checkbox"/> <b>Atemschutz</b> <input type="checkbox"/> <b>Gasrettung</b> <input type="checkbox"/> <b>Grubenwehr</b> <input type="checkbox"/> <b>herabgesetzte Sauerstoffkonzentration</b>		
Tätigkeit im Betrieb		

**BEURTEILUNG**

<input type="checkbox"/> Für die angeführte Tätigkeit geeignet <input type="checkbox"/> Geeignet mit vorzeitiger Folgeuntersuchung <input type="checkbox"/> Nicht geeignet	nächste Untersuchung am (TT.MM.JJ)	Unterschrift und Stempel der ermächtigten Ärztin/ des ermächtigten Arztes
--	------------------------------------	--