

EINWIRKUNG DURCH CHEMISCH-TOXISCHE ARBEITSTOFFE**EIGNUNGS- UND FOLGEUNTERSUCHUNG**

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014

Datum (TT.MM.JJJJ)

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	
Schädigende/r Stoff/e	<input type="checkbox"/> Eignungsunters. <input type="checkbox"/> Folgeunters.	
Tätigkeit im Betrieb		

BEURTEILUNG

<input type="checkbox"/> Für Arbeiten mit schädigendem Stoff geeignet <input type="checkbox"/> Geeignet mit vorzeitiger Folgeuntersuchung <input type="checkbox"/> Nicht geeignet	nächste Untersuchung (Datum), Stoff/e	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	oft		nein	selten	oft
Appetitverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hautveränderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schleimhautveränd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	leichte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit/Brechreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschm./Geruchsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beklemmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ödeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilitätsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Merkfähigkeitsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farbsehstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konjun. Reizersch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sonstige Beschwerden und Spezifizierung der voranstehend festgestellten Beschwerden											

EINWIRKUNG DURCH CHEMISCH-TOXISCHE ARBEITSSTOFFE

EIGNUNGS- UND FOLGEUNTERSUCHUNG

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

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

BEFUNDERHEBUNG

Haut und Schleimhäute	Größe (cm)	Gewicht (kg)
Durchblutung <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> herabg. Entzündungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Blutungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ulcerationen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ödeme <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gebiss <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> saniert <input type="checkbox"/> san. bed. Zahnfleisch <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig Metallsaum <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Skelett <input type="checkbox"/> unauff. <input type="checkbox"/> veränd. Leber <input type="checkbox"/> norm. <input type="checkbox"/> vergr.	Lunge <input type="checkbox"/> Klopfsch. unauff. <input type="checkbox"/> hyperson. <input type="checkbox"/> Pleuraschwarte Atemgeräusche <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> verändert Nebengeräusche <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> andere Herz <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Geräusche Nervensystem ZNS <input type="checkbox"/> unauff. <input type="checkbox"/> auff. PNS <input type="checkbox"/> unauff. <input type="checkbox"/> auff. VNS <input type="checkbox"/> unauff. <input type="checkbox"/> auff. Farb-, Tiefensehen <input type="checkbox"/> unauff. <input type="checkbox"/> auff. Tremor <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Befunde		
Herz-Kreislauf-Funktion		
Blutdruck (RR)	Puls/min	
/		
Zeitpunkt der Untersuchung/der Probenahme (Uhrzeit)		
Kleine Spirographie	Blut	Harn
Datum der letzten Untersuchung		
Ergometrie	Blutbefund	Harnbefund

KLEINE SPIROGRAPHIE (mindestens dreimal, im Stehen)

Forcierte Vitalkapazität FVC			1-Sekunden-Kapazität FEV1		
Messwert (l)	Sollwert (l)	% Soll	Messwert (l)	Sollwert (l)	% Soll
FEV1%FVC			MEF₅₀		
Messwert (%)	Sollwert (%)	% Soll	Messwert (l/sec)	Sollwert (l/sec)	% Soll

BLUTBEFUND

Erythrozyten (Mio/µl)	Leukozyten (Zahl/µl)	Thrombo (Zahl/µl)	Hkt (%)	Hb (g/dl)	MCV (fl)
Differentialblutbild (Zahl/µl)					
Jugendl.	Stabkernige	Segm. kernige	Eosinophile	Basophile	Lymphozyten Monozyten
Morphologie					
<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Anisozytose <input type="checkbox"/> Poikilozytose <input type="checkbox"/> Makrozyten <input type="checkbox"/> Mikrozyten <input type="checkbox"/> Polychromasie <input type="checkbox"/> tox. Granulierung					
Blutchemie					
EPP (µg/100 ml)	Blei (µg/100 ml)	Mangan (µg/l)	Chrom (µg/l)		
SGPT (U/l)	SGOT (U/l)	GGT (U/l)	Toluol (µg/100 ml)	Xylol (µg/100 ml)	Heinz. Inn. (%)
CHE (U/l) Bezugswert	CHE (U/l) gemessener Wert	Sonstige Proben			

EINWIRKUNG DURCH CHEMISCH-TOXISCHE ARBEITSSTOFFE**EIGNUNGS- UND FOLGEUNTERSUCHUNG**

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

HARNBEFUND

Spez. Gewicht	Kreatinin (g/l)	Gesamtprotein <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos.	Mikroalbumin (mg/l)	
ALA-U (mg/l)	Quecksilber (µg/g Kreatinin)	Arsen (µg/l)	Cadmium (µg/g Kreatinin)	
Chrom (µg/l)	Cobalt (µg/l)	Nickel (µg/l)	Aluminium (µg/g Kreatinin)	
NAG (U/l) Grenzwert	NAG (U/l) gemessener Wert	t,t-Muconsäure (mg/l)	o-Cresol (mg/l)	Methylhippursäure (g/l)
Trichloressigsäure (mg/l)	TTCA (mg/g Kreatinin)	MDA (µg/g Kreatinin)	Fluorid (mg/g Kreatinin) <input type="checkbox"/> nach Expositions-/Schichtende <input type="checkbox"/> vor nachfolgender Schicht	
Harnzytologie (PAP) <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> path.				
Sonstige Proben				

ERGOMETRIE

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

BEMERKUNGEN bzw. kurze Begründung bei Nichteignung/vorzeitiger Folgeuntersuchung

--

**EINWIRKUNG DURCH CHEMISCH-TOXISCHE ARBEITSSTOFFE
MITTEILUNG AN ARBEITGEBER/IN bzw. ÜBERLASSER/IN**
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"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Stammpersonal <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	
Schädigende/r Stoff/e	<input type="checkbox"/> Eignungsunters. <input type="checkbox"/> Folgeunters.	
Tätigkeit im Betrieb		

BEURTEILUNG

<input type="checkbox"/> Für Arbeiten mit schädigendem Stoff 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