

## **Fragebogen zur arbeitsmedizinischen Betreuung**

==> Bitte füllen Sie diesen Fragebogen soweit wie möglich aus, es dauert nur wenige Minuten. Fragen, die Sie nicht beantworten können, lassen Sie bitte einfach aus.

### **1. Allgemeiner Teil**

**Firma:** (Name, Anschrift, Telefon, Homepage)

---

---

#### **Ansprechpartner im Betrieb:**

Firmenleiter:

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für die Koordination der arbeitsmedizinischen Betreuung:

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Fachkraft für Arbeitssicherheit:

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Zuständige BG(en): \_\_\_\_\_

Mitglieds Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger: \_\_\_\_\_

Nr. des Unfallversicherungsträgers: \_\_\_\_\_

#### **Kurzbeschreibung des Betriebes (Freitext):**

Welche Arbeitsbereiche gibt es (z.B. Büro, Werkstatt, Labor, Innen-/Außentätigkeit, etc.),

### Mitarbeiterstruktur:

Gesamtzahl der Mitarbeiter \_\_\_\_\_  
davon administrativ \_\_\_\_\_  
produktiv \_\_\_\_\_  
Männlich/weiblich M: \_\_\_\_\_ /W: \_\_\_\_\_

	Ja	Nein
Jugendliche (unter 18 Lj., z.B. Auszubildende)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwerbehinderte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitszeiten		
Normalarbeitszeit/Gleitzeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schichtarbeit, wie z.B. 12 Stunden Wechselschicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nacharbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Besonderheiten

<b>Wunsch nach</b>	Ja	Nein
• Einstellungsuntersuchungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Übernahmeuntersuchung für Auszubildende vor Übernahme in ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• unterliegen die Mitarbeiter Untersuchungen aufgrund krebserregender Gefahrstoffe (z.B. Mineralfasern, Asbest)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Spezielle Vorsorgeuntersuchungen nach		
• BG-Grundsätzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• staatlichen Richtlinien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• firmeneigene Richtlinien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Berufserkrankungsverfahren anhängig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• nach welchen Grundsätzen wird bereits untersucht: _____		

Weitere Angaben, sofern bekannt:

Anzahl Neueinstellungen pro Jahr: \_\_\_\_\_

Anzahl Begehungen pro Jahr: \_\_\_\_\_

Wiedereingliederungen pro Jahr: \_\_\_\_\_

## **2. Spezieller Teil**

Sie wissen schon, welche Vorsorgeuntersuchungen Sie benötigen?

<b>G</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Erforderliche Anzahl pro Jahr</b>	<b>Nicht bekannt</b>
G20	Lärm		<input type="checkbox"/>
G25	Fahr-/Steuer-/Überwachung		<input type="checkbox"/>
G26.2	Atenschutz Gruppe 2		<input type="checkbox"/>
G37	Bildschirmarbeit		<input type="checkbox"/>
G41	Absturzgefährdung		<input type="checkbox"/>

Im Folgenden drei Fragelisten die sich inhaltlich mit den vorliegenden spezifischen Belastungen in ihrer Firma befassen. **Bitte nur die für Sie zutreffende Frageliste ausfüllen.**

- Sind Mitarbeiter im Betrieb **chemischen Gefahrstoffen** ausgesetzt?  
 Bei Ja: siehe **Frageliste A**
- Sind Mitarbeiter im Betrieb **physikalischen Gefährdungen** ausgesetzt (Lärm, Strahlung, Schwingungen, Hitze, Kälte, Nässe, Heben und Tragen schwerer Lasten, Stäube)?  
 Bei Ja: siehe **Frageliste B**
- Sind Mitarbeiter **biologischen Arbeitsstoffen** (Viren, Bakterien, Pilzen oder Parasiten) ausgesetzt?  
 Bei Ja: siehe **Frageliste C**

### **Frageliste A: Chemische Gefahrstoffe, Pharmazeutische Wirkstoffe:**

- |                                                                                                                          | Ja                    | Nein                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| • Es besteht Umgang mit krebserzeugenden, erbgutverändernden, reproduktionstoxischen oder allergisierenden Gefahrstoffen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • die wesentlichen Gefahrstoffe / Wirkstoffe sind (bitte Liste beilegen)                                                 |                       |                       |
| • wieviel Personen sind betroffen und gibt es eine persönliche Schutzausrüstung (in der Liste anmerken)                  |                       |                       |
| • Werden bereits arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### **Frageliste B: Physikalische Belastungen**

- | <b><u>Gibt es am Arbeitsplatz</u></b>                                                                                | Ja                    | Nein                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Lärmbelastung</b>                                                                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wurden bereits Messungen sind durchgeführt (Kataster) oder finden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen statt |                       |                       |
| <b>Heben und Tragen (LastenhandhabV)</b>                                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • häufiges oder regelmäßiges Heben und Tragen von Lasten > 10 (15) kg für Frauen oder > 20 (25) kg für Männer        |                       |                       |
| <b>Bildschirmarbeitsplätze (BildschirmarbeitsplatzV)</b>                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wurde eine Bildschirmarbeitsplatzanalyse durchgeführt?                                                             |                       |                       |
| <b>Vibrationen</b>                                                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ganzkörper- bzw. Hand-Arm-Schwingungen (z.B. Druckluftgeräte)                                                        |                       |                       |
| <b>Ionisierende Strahlung (Röntgen- bzw. StrahlenschutzV)</b>                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Mitarbeiter unterliegen der Strahlenschutzverordnung                                                               |                       |                       |
| <b>Kälte- / Hitzearbeitsplätze</b>                                                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Temperatur am Arbeitsplatz andauernd < -25°C oder > 30°C                                                           |                       |                       |
| <b>Überdruck (DruckluftV)</b>                                                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • > 0,1 kp/cm <sup>2</sup> über dem atmosphärischen Druck (z.B. Rettungstaucher)                                     |                       |                       |

### **Frageliste C: Biologische Arbeitsstoffe**

- |                                                                                                                | Ja                    | Nein                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| • besteht Umgang mit lebenden biologischen Arbeitsstoffen (Viren, Bakterien, Pilzen, Parasiten, Humanmaterial) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • sind die genannten Arbeitsstoffe der Spezies nach bekannt (welche?)                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • bestehen verpflichtende arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen                                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |