

Arbeitsmedizinische Untersuchung nach StrlSchV/RöV

Betrieb:

Mitarbeiter:

Geb. am:

Beschäftigt als:

seit:

Erlerner Beruf:

Frühere Tätigkeit

Größe:

Gewicht:

Chronische Krankheiten, z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Allergien / Unverträglichkeiten:

Operationen / Knochenbrüche / stationäre Behandlungen / REHA:

Aktuelle Beschwerden / ärztliche Behandlungen / Medikamente:

Arbeitsunfälle / Berufskrankheiten / Behinderungen / GdE:

Befund unter besonderer Berücksichtigung strahlensensibler Organsysteme (Haut, Haare, Lymph- & blutbildendes System):

Nikotinkonsum:

bis 10 Zigaretten tgl. bis
20 Zigaretten tgl. mehr als
20 Zigaretten tgl.

**Pfeife/Zigarren nein
seit: _____**

Alkoholkonsum:

regelmäßig

gelegentlich

was/welche Menge:

nein

Bisherige arbeitsmed. Untersuchungen: **nein** **ja** **wann/welche:** **Ergebnis:**
Impfstatus: **Tetanus** **Hepatitis A** **Diphtherie** **Sonstiges:**
 Hepatitis B
 Poliomyelitis **Hepatitis A+B**

Untersuchungsergebnis:
Kein Anhalt für strahleninduzierte Erkrankung Anna Szirniks
Hinweise für strahleninduzierte Erkrankung FÄ für Arbeitsmedizin
Nächste Untersuchung am Solingen, den