

HITZE / ATEMSCUTZ / GASRETTUNG / GRUBENWEHR

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

EIGNUNGS- UND FOLGEUNTERSUCHUNG

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2008

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
--	---	--

ANAMNESE/ZWISCHENANAMNESE

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?	

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 2008

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

BEFUNDERHEBUNG

	Größe (cm)	Gewicht (kg)
Haut und Schleimhäute	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> verändert
Schilddrüse	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> tastbar vergrößert <input type="checkbox"/> sichtbar vergrößert <input type="checkbox"/> klinische Zeichen der Überfunktion
Thoraxform	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> deformiert
Atemform	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auxiliär
Lunge		
Klopfschall	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> hypersonor <input type="checkbox"/> Pleuraschwarte
Atemgeräusch	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> verschärft <input type="checkbox"/> abgeschwächt <input type="checkbox"/> verlängertes Expirium
Nebengeräusche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> feucht <input type="checkbox"/> andere
Nervensystem		
ZNS	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig
PNS	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig
Sehvermögen	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> verändert
Hörvermögen	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> verändert
Herz-Kreislauf-Funktion		
Blutdruck (RR)	Puls/min	
/		
Zeitpunkt der Untersuchung/der Probenahme (Uhrzeit)		
Kleine Spirographie	Blut	
Datum der letzten Untersuchung		
Blutbefund	Blutgasanalyse	

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/mm ³)	Hkt (%)	Hb (g/dl)	
-------------------------------------	---------	-----------	--

BLUTGASANALYSE (Sollwerte des Arbeitskreises für Standardisierung der Österreichischen Gesellschaft für Lungenerkrankungen und Tuberkulose)

--

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

EIGNUNGS- UND FOLGEUNTERSUCHUNG

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2008

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

ERGOMETRIE (Abkürzungen und Skalen entsprechend den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Ergometrie der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft)

<input type="checkbox"/> Fahrrad im Sitzen (Zweiminutenstufen à 25 W) <input type="checkbox"/> Laufband (nach BRUCE)							Leistungsgrenzwert	
Verwendete EKG-Ableitungen							Herzfrequenz	Watt
Watt	HF	RRsyst.	RRdiast.	PER-Skala 1)	AP-Skala 2)	Sympt 3)	EKG (Rhythmus, ES, Leitung, ST-T)	
Ruhe		/						
25		/						
50		/						
75		/						
100		/						
125		/						
150		/						
175		/						
200		/						
225		/						
250		/						
275		/						
300		/						
E 0'		/						
E 1'		/						
E 3'		/						
E 5'		/						
Abgebrochen von Patient/Patientin wegen							Abgebrochen von Arzt/Ärztin wegen	
Letzte Stufe Watt	Sekunden	Leistungsfähigkeit % der Norm		1) PER = Subjektives Empfinden der Anstrengung, Skala 6-20 2) AP = Angina pectoris, Skala 0-V 3) Sympt = Symptome, Skala 1-19				

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 2008

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)
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"/> 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 am (TT.MM.JJ)	Unterschrift und Stempel der ermächtigten Ärztin/ des ermächtigten Arztes
--	------------------------------------	--