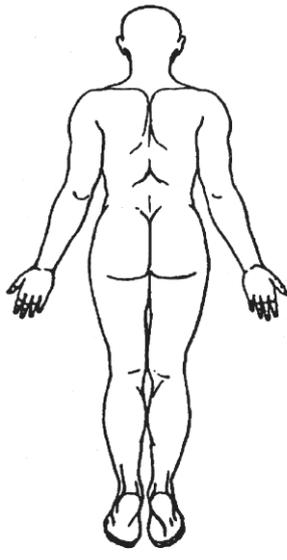
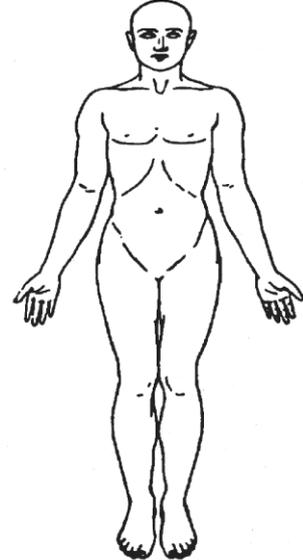


Arbeitsmedizinische Vorsorge

DGUV Empfehlung „Belastungen des Muskel-Skelett-Systems einschließlich Vibrationen“

Eigene Angaben zu Muskel-Skelett-Erkrankungen (Anamnese 1)

Familienname <input style="width: 90%;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 90%;" type="text"/>	Geburtsdatum <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																																																														
<p>1. Hatten Sie Erkrankungen, Operationen oder schwere Unfälle an der Wirbelsäule, den Armen oder Beinen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <p>3. Haben Sie heute Beschwerden in der Wirbelsäule, den Armen oder Beinen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, wo?</p> <p>4. Waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen dieser Beschwerden bei einem Arzt/einer Ärztin?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn Ja, welche Diagnose wurde gestellt?</p> <p>Wenn Ja, welche Therapie wurde eingeleitet?</p> <p>5. Waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen der Beschwerden arbeitsunfähig?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, wie oft? _____ mal, insgesamt über _____ Wochen</p> <p>6. Welche Belastungen verursachen Schmerzen oder andere Beschwerden?</p>			<p>2. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule, der Arme oder Beine?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn Ja, zeichnen Sie bitte in die beiden Figuren genau da Kreuze (x) ein, wo Beschwerden aufgetreten sind!</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div>																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #0056b3; color: white;"> <th rowspan="2">Belastung durch</th> <th colspan="2">Schmerzen/Beschwerden verursacht oder verstärkt</th> <th rowspan="2">Die Belastung kommt in meiner Arbeit nicht vor</th> </tr> <tr style="background-color: #0056b3; color: white;"> <th>Ja</th> <th>Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>manuelle Lastenhandhabungen, z. B. Heben/Halten/Tragen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>repetitive manuelle Tätigkeiten</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>dauerndes Stehen (ohne Bewegungsmöglichkeiten)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Körperhaltungen mit vorgeneigtem oder verdrehtem Oberkörper</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>dauerndes Sitzen (ohne Bewegungsmöglichkeiten)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Arbeiten über Schulterhöhe</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Arbeiten im Hocken/Knien/Liegen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ausübung von Ganzkörperkräften</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Körper(fort)bewegung, z. B. Klettern, Treppensteigen, Kriechen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Erschütterung durch Werkzeuge</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sitzen auf Fahrzeugen oder Maschinen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Arbeiten unter Zeitdruck</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Psychisch belastende Arbeitssituation</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Andere Belastungen: _____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			Belastung durch	Schmerzen/Beschwerden verursacht oder verstärkt		Die Belastung kommt in meiner Arbeit nicht vor	Ja	Nein	manuelle Lastenhandhabungen, z. B. Heben/Halten/Tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	repetitive manuelle Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dauerndes Stehen (ohne Bewegungsmöglichkeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körperhaltungen mit vorgeneigtem oder verdrehtem Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dauerndes Sitzen (ohne Bewegungsmöglichkeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeiten über Schulterhöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeiten im Hocken/Knien/Liegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausübung von Ganzkörperkräften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körper(fort)bewegung, z. B. Klettern, Treppensteigen, Kriechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erschütterung durch Werkzeuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sitzen auf Fahrzeugen oder Maschinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeiten unter Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychisch belastende Arbeitssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Belastungen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastung durch	Schmerzen/Beschwerden verursacht oder verstärkt			Die Belastung kommt in meiner Arbeit nicht vor																																																												
	Ja	Nein																																																														
manuelle Lastenhandhabungen, z. B. Heben/Halten/Tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
repetitive manuelle Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
dauerndes Stehen (ohne Bewegungsmöglichkeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
Körperhaltungen mit vorgeneigtem oder verdrehtem Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
dauerndes Sitzen (ohne Bewegungsmöglichkeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
Arbeiten über Schulterhöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
Arbeiten im Hocken/Knien/Liegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
Ausübung von Ganzkörperkräften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
Körper(fort)bewegung, z. B. Klettern, Treppensteigen, Kriechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
Erschütterung durch Werkzeuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
Sitzen auf Fahrzeugen oder Maschinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
Arbeiten unter Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
Psychisch belastende Arbeitssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
Andere Belastungen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
<p>7. Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit ein?</p> <p><input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> eher schlecht <input type="checkbox"/> sehr schlecht</p>																																																																