

# Persönlicher Fragebogen zur arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung Lärm

Bitte beantworten Sie ALLE folgenden Fragen. Denken Sie daran, den ausgefüllten Fragebogen und Ihren Gehörschutz am Untersuchungstag mitzubringen!

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Betrieb:
Kostenstelle:	Tätigkeit:

<b>Wie viele Stunden vor dem Hörtest haben Sie nicht im Lärmbereich gearbeitet?</b>	Stunden
<b>Wie viele Jahre haben Sie insgesamt im Lärmbereich gearbeitet?</b>	Jahre
<b>Wo GENAU arbeiten Sie?</b>	
<b>Tragen Sie Ihren Gehörschutz regelmäßig?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Befinden Sie sich in Hals-Nasen-Ohren-ärztlicher Behandlung?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei welchem Arzt und warum?	
<b>Wurden Sie am Ohr operiert?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wann und warum?	
<b>Hatten Sie Hörstörungen in Verbindung mit Schwindelanfällen und Ohrensausen?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wann zuletzt?	
<b>Leiden Sie gelegentlich an Entzündungen im Gehörgang oder in der Ohrmuschel?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Hatten Sie einen Hörsturz?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wann?	
<b>Haben Sie das Gefühl, schlecht zu hören?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Ist diese Schwerhörigkeit nach einem der folgenden Ereignisse aufgetreten?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Knall oder Explosion <input type="checkbox"/> Schießlärm <input type="checkbox"/> Schädelverletzung <input type="checkbox"/> Ohroperation <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit <input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------