



# Fragebogen für die Untersuchung auf Seediensttauglichkeit

Bitte füllen Sie den Fragebogen zur Vorbereitung Ihrer Untersuchung sorgfältig aus.

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:	Telefonnummer (Mobil und/oder Festnetz):	E-Mail:
Staatsangehörigkeit:	Geburtsort und -staat:	
Reederei:	Letzte Dienststellung/Fahrtgebiet:	
Sind Sie gegenwärtig arbeitsunfähig krank?  nein <input type="checkbox"/>  ja <input type="checkbox"/> seit wann?	Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> Letzte Seediensttauglichkeitsuntersuchung (MM/JJJJ): Name des Arztes und Ort:  Mein deutsches Seediensttauglichkeitszeugnis habe ich dabei <input type="checkbox"/> verloren <input type="checkbox"/> nicht dabei <input type="checkbox"/>	
Zahlt Ihr Arbeitgeber für Sie Unfallversicherungsbeiträge an die BG Verkehr?  Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <b>Bitte Versicherungsnachweis beifügen</b> (Download unter <a href="http://www.deutsche-flagge.de">www.deutsche-flagge.de</a> )		

<p>Wurden Sie bereits bei einer Voruntersuchung für untauglich befunden? (Seediensttauglichkeit, Musterung, etc.)</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>	<p>Waren Sie in den letzten zwei Jahren arbeitsunfähig oder sind Sie krankheitsbedingt vom Schiff an Land verbracht worden?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>
<p>Hatten Sie vor der Erstuntersuchung bzw. seit der letzten Seediensttauglichkeitsuntersuchung einen Unfall? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Wann? Welche Verletzung(en)? Bleibende Schäden?:</p>	<p>Haben Sie im Augenblick gesundheitliche Probleme oder befinden sich gegenwärtig in ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Einzelheiten:</p>
<p>Besteht eine anerkannte Behinderung?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Grad der Behinderung?:</p>	<p>Sind bei Ihnen Allergien bekannt?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Welche?:</p>
<p>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Welche?:</p>	<p>Rauchen Sie?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Menge pro Tag?:</p>
<p>Trinken Sie Alkohol?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Gelegentlich <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/></p> <p>Menge?:</p>	<p>Nehmen Sie Drogen?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> nicht mehr seit:</p>
<p>Sind Sie in den letzten 2 Jahren in einem Krankenhaus behandelt oder operiert worden?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wann? Erkrankung?:</p>	
<p><b>Für weibliche Besatzungsmitglieder:</b> Besteht eine Schwangerschaft? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>	

**Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen/Auffälligkeiten?**

Bitte beantworten Sie jede Frage mit ja oder nein. Antworten mit ja bitte unter Bemerkungen näher erläutern.

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
1. Sehhilfe (z.B. Brille oder Kontaktlinsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. häufige oder starke Kopfschmerzen (z.B. Migräne, Clusterkopfschmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, Psychosen, Angstzustände)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Farbsehstörung/-schwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Infektionen (z.B. Gelbsucht (Hepatitis), Durchfallerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Schwindel, Bewusstlosigkeit, Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nachtblindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Bluterkrankungen (z.B. Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Augenerkrankung (z.B. Grüner Star/Glaukom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Erkrankungen des Urogenitalsystems (z.B. Blasen-/Nierensteine, häufige Harnwegsinfekte, Hämorrhoiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zahnerkrankungen, Prothesen, Implantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Leber, des Magens, der Galle; Blut im Stuhl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Hauterkrankungen (z.B. Schuppenflechte, Ekzeme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Übergewicht, Schilddrüsenerkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Leistenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Herz-/Kreislaufferkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herz-Operationen, Thrombosen, Embolien, Krampfadern, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Erkrankungen des Bewegungsapparates (z.B. Knochenbrüche, Amputationen, Endoprothesen, Rücken-/Gelenkprobleme, eingeschränkte Mobilität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Neurologische Erkrankungen (z.B. Krampfanfälle, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Parkinson-Krankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Atemwegserkrankungen (z.B. häufige Bronchitis, Asthma, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Ohrenerkrankungen (z.B. Tinnitus, Hörgerät, Schwerhörigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Erkrankungen, die hier nicht gesondert aufgeführt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bemerkungen:**

**Erklärung:**

Hiermit erkläre ich, dass die obigen persönlich gemachten Angaben wahr und vollständig sind und von mir nach bestem Wissen erfolgten. Das Verschweigen von bedeutsamen medizinischen Problemen oder wahrheitswidrige Angaben kann rechtliche Folgen nach sich ziehen.

Ort, Datum

Unterschrift

bei Minderjährigen: Unterschrift der/des Sorgeberechtigten; das Einverständnis gilt für alle mit der Seediens-tauglichkeit verbundenen Rechtsgeschäfte.