

Fahr-, Steuer-, und Überwachungstätigkeiten

G25

(die Daten unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an den Arbeitgeber weitergegeben)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Wohnanschrift:

Telefonnummer:

Arbeitgeberanschrift:

Beruf:

Tätigkeit:

Vollzeit/Teilzeit/Schichtarbeit/Akkord/Montage:

Welchen Arbeitsplatz haben Sie als LKW-Fahrer (Kurz-,Mittel-,Langstrecke)?

Frühere Krankheiten:	ja	nein
Sind Gliedmaßen, Rumpf, Wirbelsäule verletzt, gelähmt, versteift oder fehlen Gliedmaße?	()	()
Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit, die ständig Einspritzungen oder Tabletteneinnahme erforderlich macht?	()	()
Haben Sie eine Hirnverletzung erlitten oder sich einer Hirnoperation unterziehen müssen?	()	()
Sind Sie wegen einer geistigen oder nervlichen Erkrankung stationär behandelt worden?	()	()
Leiden oder litten Sie unter epileptischen Anfällen?	()	()
Leiden oder litten Sie unter Bewusstseinsstörungen oder Ohnmachtsanfälle?	()	()
Haben Sie Gleichgewichtsstörungen oder häufig Schwindelzustände?	()	()
Leiden oder litten Sie an Erkrankungen oder Veränderungen des Herzens oder des Kreislaufs mit erheblicher Einschränkung der Leistungsfähigkeit oder Blutdruckveränderungen stärkeren Grades?	()	()
Sind Sie wegen eines andren Leidens in ärztlicher Behandlung?	()	()
Sind Sie gehörlos oder schwerhörig?	()	()
Tragen Sie ein Hörgerät?	()	()
Haben Sie Probleme mit den Augen?	()	()
Sind Sie allergisch gegen irgendwelche Stoffe?	()	()
Rauchen Sie?	()	()
Wie viel Alkohol trinken Sie		
Nehmen Sie Medikamente ein?	()	()
Nehmen Sie Drogen?	()	()

bitte wenden!



Screening-Test Schlaf-Apnoe-Syndrom

	Nie	Selten	Oft	Sehr oft
Sind Sie tagsüber oft schläfrig?				
Nicken Sie tagsüber oft ein?				
Haben Sie Schwierigkeiten, konzentriert zu bleiben?				
Schnarchen Sie laut oder bemerken das andere?				
Wurden im Schlaf Atemstillstände beobachtet?				
Erwachen Sie morgens mit Kopfschmerzen?				
Fühlen Sie sich morgens müde und schlapp?				
Schwitzen Sie nachts?				
Kommt es vor, dass Sie nachts aufwachen?				
Müssen Sie nachts wasserlassen?				
Schlafen Sie unruhig (Bett zerwühlt)?				

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in einer der folgenden Situationen **einnicken oder einschlafen**, sich also **nicht nur müde** fühlen?

Dies bezieht sich auf Ihren Alltag in der letzten Zeit. Selbst wenn Sie einige Situationen in letzter Zeit nicht erlebt haben, versuchen Sie bitte, sich vorzustellen, wie diese auf Sie gewirkt hätten.

Benutzen Sie die folgende Skala von 0 bis 3, um **die am besten passende Zahl** für jede Situation auszuwählen.

- 0 = würde niemals einnicken
- 1 = geringe Wahrscheinlichkeit, einzunicken
- 2 = mittlere Wahrscheinlichkeit, einzunicken
- 3 = hohe Wahrscheinlichkeit, einzunicken

Im Sitzen lesen	0	1	2	3
Beim Fernsehen	0	1	2	3
Ruhiges Sitzen an einem öffentlichen Ort (z.B. Kino, Theater, Versammlung)	0	1	2	3
Als Mitfahrer in einem Auto während einer Stunde Fahrt ohne Pause	0	1	2	3
Sich nachmittags zum Ausruhen hinlegen, wenn es die Umstände erlauben	0	1	2	3
Mit jemandem zusammensitzen und sich unterhalten	0	1	2	3
Ruhiges Sitzen nach dem Mittagessen ohne Alkoholgenuss	0	1	2	3
Als Fahrer in einem Auto, während man für einige Minuten im Verkehr anhält	0	1	2	3

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben:

(Ort, Datum, Unterschrift)