

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag Präventionsseminar

1 Name, Vorname		Geburtsdatum:	
2 Straße, Hausnummer			
PLZ:	Wohnort:		
3 Arbeitsunfähig ?	nein		
ja	Falls ja, seit:	wegen:	
4 Beginnende Funktionsbeeinträchtigungen (zum Beispiel beginnende Funktionsstörungen der Bewegungsorgane, der inneren Organe, Funktionsstörungen der Haut, psychische Beeinträchtigungen) in der Reihenfolge ihrer Bedeutung, (gegebenenfalls Diagnosen): a.			
b.			
.			
c.			
.			
d.			
Ergänzende Erläuterungen:			
5 Risikofaktoren / Gefährdung durch			
Alkohol, seit	Nikotin, seit	sonstige, seit	
6 Belastungsfaktoren			
6.1 Tätigkeitsbedingte Belastungsfaktoren			
6.2 Soziale Belastungsfaktoren			
7 Allgemein Befunde			
Gewicht:	kg	Größe:	cm
RR:	mmHg	Puls:	
8 Folgende Ziele sollen mit dem Präventionsseminar erreicht werden:			

9 Bemerkungen	
Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt / der zuständigen Ärztin der BG-Klinik: Ja	
10 Antrag erfolgt auf meine Anregung	
ja	nein
11 Work Ability Index Die Übersendung des Fragebogens ist erforderlich.	
ermittelte Punktzahl:	
12 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen	
ja	

Ort, Datum

Unterschrift der Betriebsärztin / des Betriebsarztes