

## UNTERSUCHUNGSFORMULAR

**Verfasst gemäß Artikel 8 der Anlage XX zum Königlichen Erlass vom 20. Juli 1973 zur Einführung einer Regelung über die Seeschiffahrtsinspektion**

Name, Vorname: .....

Adresse: .....

Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr): ... / ... / .....

Geschlecht:            männlich            weiblich

Staatsangehörigkeit: .....

Funktion: .....

Name und Adresse behandelnder Arzt: .....

Nummer Personalausweis: .....

Nummer Reisepass: .....

Nummer Seemannsbuch: .....

Unternehmen / .....

Ausbildungseinrichtung:

Schiffstyp (Containerschiff, Tanker, Fahrgastschiff, Fischereifahrzeug, alle Typen)

Schifffahrtszone (z. B. Küstenschiffahrt, tropische Zonen, weltweit): .....

.....

### Persönliche Erklärung der betroffenen Person (wenn nötig, gibt der Arzt Erklärungen)

Hatten Sie jemals Beschwerden aufgrund oder leiden Sie an einer der nachfolgenden Erkrankungen?

	Erkrankung	Ja	Nein		Erkrankung	Ja	Nein
1	Probleme mit den Augen / dem Sehvermögen		26		Fortpflanzungsprobleme		
2	Probleme mit den Ohren / Hörprobleme		27		Schlafstörungen		
3	Schwerhörigkeit		28		Drogen / Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit		
4	Bluthochdruck		29		Chirurgischer Eingriff		
5	Herz-Kreislauf-Erkrankungen		30		Epilepsie, epileptische Anfälle oder Konvulsionen		
6	Herzchirurgie		31		Schwindelgefühl / Schwächeanfall		
7	Krampfadern		32		Bewußtseinsverlust		

8	Asthma / Bronchitis	33	Psychische Probleme
9	Bluterkrankungen	34	Depression / Überreiztheit
10	Diabetes	35	Selbstmordversuch
11	Schilddrüsenerkrankung	36	Gedächtnisverlust
12	Verdauungsprobleme	37	Zittern oder Beben der Hände oder anderer Körperteile
13	Nierenprobleme	38	Gleichgewichtsverlust
14	Hauterkrankungen	39	Starke Kopfschmerzen
15	Allergien	40	Probleme an Nase, Hals oder Ohren
16	Infektionskrankheiten	41	Knochen- oder Gelenkprobleme
17	sexuell übertragbare Krankheiten	42	Rückenprobleme
18	Hernie	43	Amputation
19	Durchfall	44	Brüche / Luxationen
20	Magengeschwür	45	Krebs
21	Tropische Krankheiten (z. B. Malaria)	46	Tuberkulose
22	Sinusitis	47	Thrombose oder Embolie
23	Nasenbluten	48	Schlaganfall
24	Seekrankheit	49	Probleme beim Harnlassen, Blasenerkrankung
25	Zahnprobleme	50	Nierenerkrankung

Bitte detaillierte Angaben zu jeder von Ihnen mit „Ja“ beantworteten Frage:

.....  
.....

**Weitere Fragen**

**Ja    Nein**

- 51 Sind Sie jemals wegen Krankheit abgemustert oder in ihr Land zurückgeführt worden?
- 52 Sind Sie jemals ins Krankenhaus eingewiesen worden?
- 53 Hat man Sie jemals als dienstuntauglich eingestuft?
- 54 Wurde Ihr ärztliches Attest jemals eingeschränkt oder widerrufen?
- 55 Haben Sie, Ihres Wissens nach, ein medizinisches Problem oder eine Krankheit?
- 56 Fühlen Sie sich gesund und in der Lage, alle Aufgaben Ihrer Funktion auszuüben?
- 57 Trinken Sie Alkohol und wenn ja, wieviel?
- 58 Rauchen Sie und wenn ja, wieviel?
- 59 Nehmen Sie Drogen und wenn ja, welche und wieviel?

60 Sind Sie allergisch gegen gewisse Medikamente oder bestimmte Stoffe?

61 Sind Sie zurzeit schwanger?

62 Haben Sie Menstruationsbeschwerden?

Anmerkungen:  
.....  
.....

63 Nehmen Sie verschreibungspflichtige oder nicht verschreibungspflichtige Medikamente?

Wenn Sie mit „Ja“ geantwortet haben, nennen Sie bitte den Grund hierfür sowie die Dosierung(en):  
.....  
.....

Hiermit erkläre ich, dass ich die Erklärung oben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen ausgefüllt habe.

Unterschrift der betroffenen Person: ..... Datum (Tag/Monat/Jahr): ... / ... / .....

Ausgefüllt in Anwesenheit von: ..... Unterschrift: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass alle meine bisherigen medizinischen Daten weitergeleitet werden an Dr. .... (zugelassener Arzt)

Unterschrift der betroffenen Person: ..... Datum (Tag/Monat/Jahr): ... / ... / .....

Ausgefüllt in Anwesenheit von: ..... Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Ärztliche Untersuchung

Voruntersuchung	Periodische Untersuchung	Zusatzuntersuchung
Seemann ohne Dienst als Ausguck oder ohne Wachdienst	Deckdienst oder Dienst auf der Brücke mit Wachdienst	Maschinendienst mit Wachdienst

### Sehvermögen: Untersuchung durch Facharzt: nötig / nicht nötig

<b>Sehfähigkeit</b>				<b><u>Auge Diverses</u></b>		
Sehschärfe ohne Korrektur	OD.....	OS.....	ODS.....	Äußeres Erscheinungsbild	OD.....	OS.....
Sehschärfe mit Korrektur	OD.....	OS.....	ODS.....	Augenbewegung	OD.....	OS.....
Kurzsichtigkeit			ODS.....	Pupillenreflex	OD.....	OS.....
Sichtfeld	OD.....	OS.....		Funduskopie	OD.....	OS.....
Nachtblindheit	<b>Farbwahrnehmungsvermögen: Ishiara</b>			<b>Andere:.....</b>		
Ja    Nein	Ausreichend	Unzureichend		Ausreichend	Unzureichend	

### Hörvermögen: Untersuchung durch Facharzt: nötig / nicht nötig

<b>Hörvermögen: Untersuchung durch Facharzt: nötig / nicht nötig</b>				<b><u>Ohr / Diverses</u></b>	
Flüstern		AD..... m	AS..... m	Otoskopie	AD.....
Ton-Audiometrie	500 Hz	AD.....dB	AS.....dB		AS.....
	1000 Hz	AD.....dB	AS.....dB		
	2000 Hz	AD.....dB	AS.....dB		
	3000 Hz	AD.....dB	AS.....dB		
	durchschnittlich	AD.....dB	AS.....dB		

### Körperliche Untersuchung

Größe:.....m    Gewicht:.....kg    Körpermassenzahl: .....    Pulsfrequenz: .....    Blutdruck: .....

Allgemeine psychologische und körperliche Verfassung: .....

Haut:.....    Lymphknoten: .....    Hals: .....

Mund / Rachen / Nase:.....    Zähne: .....    Sprache: .....

Herz:.....    Lunge: .....

Unterleib: .....    Äußere Geschlechtsorgane, Leisten: .....

Arme: .....    Beine: .....    Wirbelsäule: .....

Motorik / Koordination / Reflexe: .....

### Zusatzuntersuchung

Röntgenaufnahme Brustraum / Mantoux-Test (Datum): .....    Freistellung: .....

Urin:.....    Protein:.....    Glukose:.....    Andere:.....

Blut:.....

### **Beschluss:**

Tauglich:	1 Jahr	Andere nämlich: .....
Untauglich:	provisorisch	unter Vorbehalt            definitiv
Geltungsbereich:	uneingeschränkt	Andere nämlich: .....
Name des zugelassenen Arztes:	Datum der Untersuchung:	Unterschrift: .....
.....	.....	.....