



GESUNDHEITSCHECK FÜR SAISONARBEITNEHMER/INNEN

Angaben zur Arbeitnehmerin / zum Arbeitnehmer

Name (wie auf dem Personalausweis oder Reisepass angegeben):

Vorname(n):

Geburtsdatum:

Anschrift (Straße und Hausnummer):

Postleitzahl:

Stadt/Gemeinde:

Land:

Telefonnummer:

E-Mail :



Angaben zum Arzt

Im Rahmen dieses Verfahrens muss der Arzt unbedingt folgende persönliche Angaben machen:

Name (wie auf dem Personalausweis oder Reisepass angegeben):

Vorname(n):

Geburtsdatum:

Fachgebiet :

Anschrift (Straße und Hausnummer):

Postleitzahl:

Stadt/Gemeinde:

Land:

Telefonnummer:

E-Mail:



Angaben zur Arbeitgeberin / zum Arbeitgeber

Name:

Vorname(n):

Firmenname:

Anschrift (Straße und Hausnummer):

Postleitzahl:

Stadt/Gemeinde:

Land:

Telefonnummer:

E-Mail:

Arbeitsplatzbeschreibung (soweit verfügbar):



Medizinischer Fragebogen:

1. Litt oder leidet die untersuchte Person an einer Erkrankung des Herzens, der Arterien oder Venen (Bluthochdruck, Herzinfarkt, Ohnmachtsanfälle mit oder ohne Bewusstseinsverlust, Rhythmusstörungen ...)?

Ja Nein

Gilt die Person als geheilt?

Ja Nein

2. Hatte oder hat die untersuchte Person Atemprobleme (Asthma ...), eine Allergie oder eine Lungenkrankheit (Tuberkulose)?

Ja Nein

Gilt die Person als geheilt?

Ja Nein

3. Litt oder leidet die untersuchte Person an einer Erkrankung der Unterleibsorgane (Magen, Leber, Darm ...)?

Ja Nein

Gilt die Person als geheilt?

Ja Nein

4. Litt oder leidet die untersuchte Person an einer Erkrankung der Nieren oder der Harnwege (Infektion, Stein...)?

Ja Nein

Gilt die Person als geheilt?

Ja Nein

Litt oder leidet die untersuchte Person an einer Blutkrankheit?

Ja Nein

Gilt die Person als geheilt?

Ja Nein



6. Litt oder leidet die untersuchte Person an einer schweren/chronischen ansteckenden Krankheit?

Ja Nein

Gilt die Person als geheilt?

Ja Nein

7. Litt oder leidet die untersuchte Person an Diabetes oder einer Schilddrüsenerkrankungen?

Ja Nein

Gilt die Person als geheilt?

Ja Nein

8. Litt oder leidet die untersuchte Person an einer Erkrankung der Knochen, Gelenke oder Sehnen, an einem Knochenbruch oder an Gelenkfolgen durch einen Unfall, an Rückenschmerzen?

Ja Nein

Gilt die Person als geheilt?

Ja Nein

9. Litt oder leidet die untersuchte Person an einer neurologischen Erkrankung (Gleichgewichtsstörungen: Schwindel, Bewusstlosigkeit, Epilepsie, Schlafapnoe, Gehirntumor ...)?

Ja Nein

Gilt die Person als geheilt?

Ja Nein

10. Litt oder leidet die untersuchte Person an einer Depression oder einer anderen psychiatrischen Erkrankung?

Ja Nein

Gilt die Person als geheilt?

Ja Nein



**11. Litt oder leidet die untersuchte Person an Problemen mit der Nase, dem Hals
, den Ohren (Tinnitus/Tinnitus), der Zunge?**

Ja Nein

Gilt die Person als geheilt?

Ja Nein

12. Ist die untersuchte Person bereits operiert worden?

Ja Nein

Gilt die Person als geheilt?

Ja Nein

13. Litt oder leidet die untersuchte Person an anderen, oben nicht erwähnten Krankheiten?

Ja Nein

Gilt die Person als geheilt?

Ja Nein

Datum:

**Unterschrift und Stempel des
untersuchenden Arztes, der
untersuchenden Ärztin**

ANMERKUNG:

Unvollständig ausgefüllte Exemplare werden nicht angenommen.

**Dieser medizinische Fragebogen ist ausschließlich per E-Mail an seasonalwork@ms.etat.lu
zu übermitteln.**

Papierfassungen, die per Post eingehen, werden nicht berücksichtigt.