



# Seeärztlicher Dienst

## Dienststelle Schiffssicherheit, BG-Verkehr

|  |                   |                       |
|--|-------------------|-----------------------|
| Name:  | Vorname:          | geb. am:              |
| Adresse:   |                   | Tel.-Nr.:             |
| Staatsangehörigkeit:   | Geburtsort/ Land: |                       |
| Reederei:  | Schiffsname:      | Dienststellung:       |
| selbstständig  | angestellt        | arbeitssuchend        |
| Erstuntersuchung   | Nachuntersuchung  |                       |
| Letzte Seediensttauglichkeitsuntersuchung (MM/JJJJ):   |                   | Name des Arztes/ Ort: |
| - Bei Nachuntersuchung: Ich habe mein deutsches Seediensttauglichkeitszeugnis dabei verloren |                   |                       |

### Fragebogen für die Untersuchung auf Seediensttauglichkeit

Zur Vereinfachung der Seediensttauglichkeitsuntersuchung werden Sie gebeten, diesen Fragebogen *sorgfältig* auszufüllen.

1. Wurden Sie bereits bei einer Voruntersuchung für untauglich befunden (z.B. Musterung, Tauglichkeit für ausländische Flagge)? ...Nein Ja \_\_\_\_\_
2. Krankenhausaufenthalte ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
3. Operationen, Unfälle ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
4. Gegenwärtige ärztliche/zahnärztliche Behandlung ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
5. Haben Sie im Augenblick gesundheitliche Probleme? ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
6. Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja welche? ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
7. Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie viel täglich? ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
8. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel täglich? ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
9. Nehmen Sie andere Drogen? ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
10. Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung? ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
11. Arbeitsunfähigkeit in den letzten 2 Jahren ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
12. Haben Sie in den letzten Monaten deutlich zu-/abgenommen? ..... Nein Ja \_\_\_\_\_

#### **Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen:**

13. Augenerkrankungen, Sehstörungen (auch z.B. Brille oder Kontaktlinsen)? ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
14. Farbsehstörung/-schwäche ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
15. Nachtblindheit ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
16. Ohrenerkrankungen (z.B. Trommelfellriss, Schwerhörigkeit, Hörgerät)? ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
17. Zahnproblemen, Prothesen ..... Nein Ja \_\_\_\_\_

18. Kopfschmerzen .....Nein Ja \_\_\_\_\_
19. Schlafstörungen ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
20. Schwindel, Bewusstlosigkeit .....Nein Ja \_\_\_\_\_
21. Herz-/Kreislaufkrankungen  
(z.B. Bluthochdruck, Brustschmerzen, Herzrhythmusstörungen  
Thrombosen, Krampfadern)? ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
22. Atemwegserkrankungen  
(z.B. Kurzatmigkeit, häufige Bronchitis, Asthma, Tuberkulose) .....Nein Ja \_\_\_\_\_
23. Ansteckenden Krankheiten  
(z.B. Gelbsucht (Hepatitis), Durchfallerkrankungen) ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
24. Zuckerkrankheit .....Nein Ja \_\_\_\_\_
25. Anderen Stoffwechselerkrankungen ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
26. Nieren-, Harnwegserkrankungen  
(z.B. Nierensteine, chron. Harnwegsinfekte, Blut im Urin,  
Fehlen einer Niere) ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
27. Bauchorganerkrankungen  
(z.B. Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse, Magen, Darm) .....Nein Ja \_\_\_\_\_
28. Verdauungsstörungen  
(z.B. Blut im Stuhl, Durchfälle)..... Nein Ja \_\_\_\_\_
29. Leistenbrüchen ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
30. Erkrankungen des Bewegungsapparates  
(z.B. Endoprothesen, Rücken-/Gelenkschmerzen, Rheuma)..... Nein Ja \_\_\_\_\_
31. Psychischen Erkrankungen (z.B. Depressionen, Angstzustände)..... Nein Ja \_\_\_\_\_
32. Neurologischen Erkrankungen (z.B. Krampfanfälle) ..... Nein Ja \_\_\_\_\_
33. Allergien? Wenn ja welche? .....Nein Ja \_\_\_\_\_

**Für weibliche Seeleute:**

34. Besteht eine Schwangerschaft? ..... Nein Ja \_\_\_\_\_

**Hiermit erkläre ich, dass die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand wahr sind und nach meinem besten Wissen erfolgten. Das Verschweigen von bedeutsamen medizinischen Problemen oder nicht wahrheitsgemäßes Ausfüllen des Fragenbogens kann rechtliche Folgen nach sich ziehen.**

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift