

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Fragebogen sicherheitsrelevante Tätigkeiten:

Sie stellen sich zu einer Untersuchung ihrer gesundheitlichen Eignung für eine sicherheitsrelevante Tätigkeit vor. Gegenstand des Arzt-Patientengesprächs sind insbesondere mögliche gesundheitliche Beeinträchtigungen, die zum plötzlichen Verlust des Bewusstseins, der Handlungsfähigkeit oder zu einer Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens und der Aufmerksamkeit führen könnten.

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen:	Ja:	Nein:
E1: eine Erkrankung des Herzens? <i>z.B. Folgezustand nach Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzklappenfehler, Erweiterung der Herzhöhlen, Herzleistungsschwäche, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher / implantierter Defibrillator o.ä.</i>	☐	☐
E2: eine Erkrankung des Kreislaufes oder der Gefäße? <i>z.B. Folgezustand nach Schlaganfall, Bluthochdruck, Ablagerungen / Engstellen an Halsschlagadern oder Beinarterien, Erweiterung der Hauptkörperschlagader, Gefäßfehlbildungen im Gehirn o.ä.</i>	☐	☐
E3: eine Erkrankung der Lunge oder der Atemwege? <i>z.B. Asthma, COPD, Lungenemphysem, Mukoviszidose o.ä.</i>	☐	☐
E4: eine Stoffwechselerkrankung? <i>z.B. Diabetes mellitus, Schilddrüsenfunktionsstörung, Erkrankung der Nebennieren o.ä.</i>	☐	☐
E5: eine Erkrankung der Nieren, der Leber, der Bauchspeicheldrüse oder anderer innerer Organe <i>z.B. Leberzirrhose, chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung, Nierenleistungsschwäche o.ä.</i>	☐	☐
E6: eine psychiatrische Erkrankung? <i>z.B. Depression, Schizophrenie, Manie, Borderline-Störung, Persönlichkeitsstörung o.ä.</i>	☐	☐
E7: eine neurologische Erkrankung? <i>z.B. Epilepsie, Narkolepsie, Parkinson-Erkrankung, Multiple Sklerose, Demenz o.ä.</i>	☐	☐
E8: ein plötzlicher Bewusstseinsverlust oder das Gefühl, gleich das Bewusstsein zu verlieren?	☐	☐
E9: ein Schlafapnoesyndrom („Atempausen im Schlaf“)?	☐	☐
E10: eine Gleichgewichtsstörung oder Schwindel?	☐	☐
E11: eine Schwerhörigkeit? <i>z.B. Hörgeräteversorgung oder Taubheit</i>	☐	☐
E12: eine Einschränkung der Beweglichkeit Ihrer Halswirbelsäule oder Ihrer Extremitäten? <i>z.B. Gelenkversteifung, Lähmung, Taubheit, Bewegungseinschränkung o.ä.</i>	☐	☐
E13: ein Folgezustand nach einer schweren Verletzung? <i>z.B. nach Schädel-Hirn-Trauma o.ä.</i>	☐	☐
E14: ein Organersatzverfahren oder ein Folgezustand nach einer Organtransplantation? <i>z.B. Dialyse oder zurückliegende Nierentransplantation, Kunstherz oder zurückliegende Herztransplantation...</i>	☐	☐
E15: eine Erkrankung des Blutes, des Lymphsystems oder ein Tumorleiden <i>z.B. Leukämie, Lymphdrüsenkrebs, Brust-, Lungen-, Prostata- oder andere Krebserkrankung</i>	☐	☐

Medikamente, Genuss- und Rauschmittel:	Ja:	Nein:
M1: Nehmen Sie dauerhaft oder gelegentlich Medikamente ein? <i>z.B. Schlafmittel, Schmerzmittel, Antidepressiva, Psychopharmaka o.a.</i> Falls ja: welche? Einnahmeschema und Dosierung?	☐	☐
Falls ja: haben Sie eine oder mehrere der folgenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen („Nebenwirkungen“) bemerkt: ☐ Gefühl der Benommenheit, Müdigkeit, Schläfrigkeit bzw. Einschlafneigung? ☐ Vermindertes Reaktionsvermögen, gestörte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistung? ☐ Verminderte Belastbarkeit oder „Kreislaufprobleme“? ☐ andere Wirkungen, die Sie beim Führen eines Fahrzeuges beeinträchtigen:	☐	☐
M2: Besteht oder bestand bei Ihnen eine Sucht-/Abhängigkeitserkrankung?	☐	☐
M3: Konsumieren Sie Alkohol: ☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig M4: Konsumieren Sie Drogen: ☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig		

S: Andere Erkrankungen oder Umstände:	Ja:	Nein:
S1: Hat Sie ein Behandler (z.B. Hausarzt, Facharzt, Psychotherapeut) auf ein Sicherheitsrisiko durch eine Erkrankung oder die Auswirkungen ihrer Behandlung hingewiesen?	☐	☐
S2: Bestehen andere Erkrankungen oder Umstände, nach denen nicht explizit gefragt wurde, durch die Sie aber von einem Risiko bei der Ausübung sicherheitsrelevanter Tätigkeiten wissen oder dieses vermuten?	☐	☐

Ich versichere, alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit

Epworth Sleepiness Scale

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden, sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

0 = würde niemals einnicken

1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken

2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken

3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken			
Im Sitzen lesend.	①	②	③	④
Beim Fernsehen.	①	②	③	④
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag).	①	②	③	④
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause.	①	②	③	④
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen.	①	②	③	④
Wenn Sie sitzen und sich mit jemandem unterhalten.	①	②	③	④
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen.	①	②	③	④
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen.	①	②	③	④
<i>Bitte nicht ausfüllen! Summe:</i>				

Rückseite beachten!

Ergänzungsfragen gemäß berufsgenossenschaftlicher Empfehlung E 25:

		ja	nein	?
1.	Schnarchen Sie häufig (fast jede Nacht bzw. mehr als 3x/Woche) oder berichtet Ihr Partner darüber?	☐	☐	☐
2.	Haben Sie Atemaussetzer oder berichtet Ihr Partner darüber?	☐	☐	☐
3.	Leiden Sie am Tage unter Schläfrigkeit? (Fallen Ihnen die Augen zu? Schlafen Sie ungewollt ein?)	☐	☐	
4.	Hatten Sie schon einmal während der Arbeit Sekundenschlaf? Sind Sie am Steuer schon einmal eingeschlafen?	☐	☐	

Hinweis:

Vielleicht sind Ihnen die Fragen „komisch“ vorgekommen?

Der Fragebogen auf der Vorderseite ist die deutschsprachige Version der sogenannten Epworth Sleepiness Scale, abgekürzt ESS. Die ESS ist ein international verwendeter, standardisierter und wissenschaftlich validierter Score. Sofern Sie bei der Beantwortung der Fragen ehrlich zum Arzt und zu sich waren, ermöglicht es die ESS mit einer überraschend guten Aussagekraft, die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines sogenannten Schlafapnoesyndroms abzuschätzen.

Beim Schlafapnoesyndrom handelt es sich um nächtliche Atempausen, die vom Betroffenen selbst oft nicht bemerkt werden. Durch die Atempausen ist der Schlaf jedoch nicht erholsam. Die Betroffenen haben ein deutlich erhöhtes Risiko, am Tage auch in unpassenden Situationen, z.B. im Straßenverkehr, zwanghaft einzuschlafen. Auch die Konzentrationsleistung und das Reaktionsvermögen Betroffener sind nachweislich reduziert. Betroffene haben ein etwa dreifach erhöhtes Risiko, in Unfälle verwickelt zu sein. Auch geht ein unbehandeltes Schlafapnoesyndrom mit einem deutlich erhöhten Risiko für das Auftreten von Herzinfarkten und Schlaganfällen einher.

Daher ist es sowohl in Ihrem Interesse, wie auch im Interesse der Gemeinschaft, ein mögliches Schlafapnoesyndrom frühzeitig zu erkennen und einer geeigneten Behandlung durch einen Schlafmediziner zuzuführen. Durch eine optimale Behandlung ist die Ausführung einer gefahrgeneigten oder sicherheitsrelevanten Tätigkeit ohne wesentlich erhöhtes Risiko für Sie und für andere möglich.

Ich versichere, alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Datum:

Unterschrift: