

## Angaben zur Person

Bitte **jede** Zeile ausfüllen! Bitte **deutlich in Blockbuchstaben** schreiben!

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:  .  .  Nationalität

Straße, H-Nr.:

Plz. Wohnort:

Geschlecht: männlich weiblich divers **Private Telefon-Nr. (wichtig für evtl. Befundmitteilung)**  
   \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Arbeitgeber:

Tätigkeit im Betrieb:

Eintrittsdatum in die Firma:  .  .

Besteht derzeit eine Arbeitsunfähigkeit? **Ja**  **Nein**

Besteht eine gerichtlich festgelegte gesetzliche Betreuung für medizinische Angelegenheiten? **Ja**  **Nein**

Für Frauen: Besteht derzeit eine Schwangerschaft? **Ja**  **Nein**

Nur für Binnenschiffer:

Tätigkeit als Schiffsführer  (01) sonstiges Besatzungsmitglied  (02)

Seit wann sind Sie nach dem letzten Freizeitblock wieder an Bord tätig?

Datum

### Einverständniserklärung:

Ich bestätige mein Einverständnis zur freiwilligen Durchführung der heute angemeldeten arbeitsmedizinischen Vorsorge(n) bzw. Tauglichkeitsuntersuchung(en) und einer ggf. damit einhergehenden Blutentnahme.

Sofern eine Antikörper-Kontrolle (Bestimmung des Immunstatus) erforderlich ist, bestätige ich mein Einverständnis, dass mein Arbeitgeber durch die Rechnungsstellung bzw. durch den Jahresbericht von dieser Antikörperkontrolle in Kenntnis gesetzt wird.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift / ggf. gesetzlicher Vertreter

Bitte nicht ausfüllen!

Art des vorgelegten Ausweises:

\_\_\_\_\_

Ausweisnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_