



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 littten 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. KopfschmerzenNein Ja _____
19. Schlafstörungen Nein Ja _____
20. Schwindel, BewusstlosigkeitNein 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. ZuckerkrankheitNein 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