



Fragebogen für die Untersuchung auf Seediensttauglichkeit

Bitte füllen Sie den Fragebogen zur Vorbereitung Ihrer Untersuchung sorgfältig aus.

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:	Telefonnummer (Mobil und/oder Festnetz):	E-Mail:
Staatsangehörigkeit:	Geburtsort und –staat:	
Reederei:	Letzte Dienststellung/Fahrtgebiet:	
Sind Sie gegenwärtig arbeitsunfähig krank? nein ☐ ja ☐ seit wann?	Erstuntersuchung ☐ Nachuntersuchung ☐ Letzte Seediensttauglichkeitsuntersuchung (MM/JJJJ): Name des Arztes und Ort: Mein deutsches Seediensttauglichkeitszeugnis habe ich dabei ☐ verloren ☐ nicht dabei ☐	
Zahlt Ihr Arbeitgeber für Sie Unfallversicherungsbeiträge an die BG Verkehr? Nein ☐ Ja ☐ Bitte Versicherungsnachweis beifügen (Download unter www.deutsche-flagge.de)		

Wurden Sie bereits bei einer Voruntersuchung für untauglich befunden? (Seediensttauglichkeit, Musterung, etc.) Nein ☐ Ja ☐	Waren Sie in den letzten zwei Jahren arbeitsunfähig oder sind Sie krankheitsbedingt vom Schiff an Land verbracht worden? Nein ☐ Ja ☐
Hatten Sie vor der Erstuntersuchung bzw. seit der letzten Seediensttauglichkeitsuntersuchung einen Unfall? Nein ☐ Ja ☐ Wann? Welche Verletzung(en)? Bleibende Schäden?:	Haben Sie im Augenblick gesundheitliche Probleme oder befinden sich gegenwärtig in ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung? Nein ☐ Ja ☐ Einzelheiten:
Besteht eine anerkannte Behinderung? Nein ☐ Ja ☐ Grad der Behinderung?:	Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Nein ☐ Ja ☐ Welche?:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein ☐ Ja ☐ Welche?:	Rauchen Sie? Nein ☐ Ja ☐ Menge pro Tag?:
Trinken Sie Alkohol? Nein ☐ Ja ☐ Gelegentlich ☐ täglich ☐ Menge?:	Nehmen Sie Drogen? Nein ☐ Ja ☐ ☐ nicht mehr seit:
Sind Sie in den letzten 2 Jahren in einem Krankenhaus behandelt oder operiert worden? Nein ☐ Ja ☐ Wann? Erkrankung?:	
Für weibliche Besatzungsmitglieder: Besteht eine Schwangerschaft? Nein ☐ Ja ☐	

Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Erkrankungen/Auffälligkeiten?

Bitte beantworten Sie jede Frage mit ja oder nein. Antworten mit ja bitte unter Bemerkungen näher erläutern.

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
1. Sehhilfe (z.B. Brille oder Kontaktlinsen)	☐	☐	9. häufige oder starke Kopfschmerzen (z.B. Migräne, Clusterkopfschmerzen)	☐	☐	16. Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, Psychosen, Angstzustände)	☐	☐
2. Farbsehstörung/-schwäche	☐	☐	10. Infektionen (z.B. Gelbsucht (Hepatitis), Durchfallerkrankungen)	☐	☐	17. Schwindel, Bewusstlosigkeit, Gleichgewichtsstörungen	☐	☐
3. Nachtblindheit	☐	☐	11. Geschlechtskrankheiten	☐	☐	18. Bluterkrankungen (z.B. Anämie, Leukämie, Gerinnungsstörung)	☐	☐
4. Augenerkrankung (z.B. Grüner Star/Glaukom)	☐	☐	12. Erkrankungen des Urogenitalsystems (z.B. Blasen-/Nierensteine, häufige Harnwegsinfekte, Hämorrhoiden)	☐	☐	19. Krebserkrankungen	☐	☐
5. Zahnerkrankungen, Prothesen, Implantate	☐	☐	13. Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Leber, des Magens, der Galle; Blut im Stuhl)	☐	☐	20. Hauterkrankungen (z.B. Schuppenflechte, Ekzeme)	☐	☐
6. Schlafstörungen	☐	☐	14. Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Übergewicht, Schilddrüsenerkrankung)	☐	☐	21. Leistenbruch	☐	☐
7. Herz-/Kreislaufkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herz-Operationen, Thrombosen, Embolien, Krampfadern, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, Herzklappen-erkrankungen)	☐	☐	15. Erkrankungen des Bewegungsapparates (z.B. Knochenbrüche, Amputationen, Endoprothesen, Rücken-/ Gelenkprobleme, eingeschränkte Mobilität)	☐	☐	22. Neurologische Erkrankungen (z.B. Krampfanfälle, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Parkinson-Krankheit)	☐	☐
8. Atemwegserkrankungen (z.B. häufige Bronchitis, Asthma, Tuberkulose)	☐	☐	16. Ohrenerkrankungen (z.B. Tinnitus, Hörgerät, Schwerhörigkeit)	☐	☐	23. Erkrankungen, die hier nicht gesondert aufgeführt sind	☐	☐

Bemerkungen:**Erklärung:**

Hiermit erkläre ich, dass die obigen persönlich gemachten Angaben wahr und vollständig sind und von mir nach bestem Wissen erfolgten. Das Verschweigen von bedeutsamen medizinischen Problemen oder wahrheitswidrige Angaben kann rechtliche Folgen nach sich ziehen.

Ort, Datum

Unterschrift

bei Minderjährigen: Unterschrift der/des Sorgeberechtigten; das Einverständnis gilt für alle mit der Seediens-tauglichkeit verbundenen Rechtsgeschäfte.