



MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN (für die erste arbeitsmedizinische Untersuchung)

Bitte Ihre Impfkarte zur Untersuchung mitbringen

1. Angaben

Name:

Matrikelnummer:

Hatten Sie bereits:

	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	<u>Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:</u>
Eine Knochenfraktur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Einen Unfall mit schweren Verletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Eine Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Eine Operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Eine Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Eine Erkrankung der Atemwege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Eine Erkrankung des Verdauungssystems (Magen, Darm, Leber...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Eine Erkrankung der Nieren und Harnwege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Eine Stoffwechselstörung (Diabetes, Schilddrüsenprobleme...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Eine ansteckende Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Eine Erkrankung des Blutbildungssystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Eine Erkrankung der Knochen und Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>



Bitte füllen Sie den Namen und Matrikelnummer des Patienten ein zweites Mal aus:

Name:

Matrikelnummer:

Hatten Sie bereits:

	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	<u>Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:</u>
Epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Eine neurologische Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Eine psychiatrische Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Eine Entziehungskur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Eine andere nicht oben erwähnte Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nehmen Sie regelmässig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

2. Unterschrift

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift:

Bitte ausfüllen und dem Arbeitsarzt aushändigen

Personenbezogener Datenschutz

Das von Ihnen ausgefüllte Formular, das Sie uns im Rahmen Ihres Antrags einreichen werden, enthält personenbezogene Informationen. Diese Daten werden in unserem Informationssystem vom arbeitsmedizinischen Dienst des öffentlichen Sektors im Zuge der ärztlichen Einstellungsuntersuchung gespeichert. Diese Daten werden, solange wie es zur Erfüllung unserer Verpflichtungen erforderlich ist, verarbeitet und aufbewahrt.

Laut [EU-Verordnung-2016/679](#) zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr, verfügen Sie über ein Recht auf Zugang zu Ihren Daten, auf Berichtigung, Löschung und eingeschränkte Verarbeitung Ihrer Daten, sowie einem Widerspruchsrecht und einem Recht auf Datenübertragbarkeit.

Um von einem Ihrer Rechte Gebrauch zu machen, können Sie eine E-Mail an unseren Datenschutzbeauftragten senden : dpo@mfp.etat.lu , oder per Einschreiben an :

Der Datenschutzbeauftragte
Ministère de la Fonction publique
10, avenue John F.Kennedy
L-1855 Luxembourg

Durch das Einreichen dieses Formulars sind Sie mit der Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten im Rahmen Ihres Antrags einverstanden.