



Arztlicher Aufnahmefragebogen für das Personal

Gemäss Artikel 28 des Gesetzes über das Staatspersonal müssen sich alle neuen Mitarbeitenden vor dem Dienstantritt ärztlich untersuchen lassen, um zu prüfen, ob ihr Gesundheitszustand die Ausübung der vorgesehenen Tätigkeit gestattet.

Deshalb bitten wir Sie, folgenden Fragebogen auszufüllen und ungeheftet mit dem Vermerk «Vertraulich», innerhalb von 10 Tagen an den Vertrauensarzt/die Vertrauensärztein des Staats Freiburg, Postfach 119, 1701 Freiburg (+41 26 555 09 13) zu senden. Nur der Vertrauensarzt bzw. die Vertrauensärztein darf ihn überprüfen und aufbewahren. Gestützt auf den Fragebogen bestimmt der Vertrauensarzt bzw. die Vertrauensärztein, ob zusätzliche Informationen oder eine Konsultation bei einem Spezialisten/einer Spezialistin oder beim/bei der behandelnden Arzt/Ärztin notwendig ist.

Dieses Dokument untersteht der ärztlichen Schweigepflicht.

Alle Auskünfte und Befunde werden sicher beim Vertrauensarzt bzw. bei der Vertrauensärztein aufbewahrt. Einzig die abschliessende Einschätzung des Vertrauensarztes bzw. der Vertrauensärztein (letzte Seite dieses Dokuments) wird dem Arbeitgeber und der Kandidatin/dem Kandidaten übermittelt.

Falschangaben zum Gesundheitszustand sind ein hinreichender Entlassungsgrund im Sinne von Art. 44 StPG und 32 StPR (gem. Art. 26 Abs. 4 StPR).

Bitte gut leserlich ausfüllen (dieses Formular ist auch elektronisch erhältlich unter : [> Anstellungsdokumente > Anstellungsdokumente](https://www.fr.ch/de/find/poa/personalrecht-des-staates-freiburg))

Persönliche Daten

Name und Vorname Kandidat/in: _____

Privatadresse: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Beim Staat Freiburg ausgeübter Beruf: _____

Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____

Datum des Stellenantritts: _____

Dienststelle / Anstalt: _____

Frühere Krankheitsfälle

Falls Sie eine medizinische Frage nicht verstehen, wenden Sie sich direkt an Ihren behandelnden Arzt bzw. an Ihre behandelnde Ärztin.

Hatten Sie die nachstehenden Krankheiten?

- > Krankheiten der Lungen und Bronchien (Asthma, chronische Bronchitis, Tuberkulose usw.) Ja Nein
 - > Angina Pectoris, Herzkrankheit, Herzinfarkt, Herzfehler, periphere Zirkulationsstörungen, Bluthochdruck Ja Nein
 - > Epilepsie, Lähmungen, psychische Störungen, Depressionen, Burnout, Selbstmordversuch, andere Störungen des Nervensystems (z. B. multiple Sklerose), Hirnschlag Ja Nein
 - > Ohrenkrankheiten Ja Nein
 - > Augenkrankheiten Ja Nein
 - > Knochenkrankheiten, Gelenkserkrankungen, Rheumatismus, Wirbelsäulenleiden, Bandscheibenvorfall, Rückenschmerzen, Amputation usw. Ja Nein
 - > Nierenkrankheiten, Prostataleiden, Harnblasenleiden Ja Nein
 - > Erkrankung der Geschlechtsorgane Ja Nein
 - > Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV-Infektion, Tuberkulose usw.) Ja Nein
 - > Tumor, Krebs, Leukämie Ja Nein
 - > Abhängigkeit von Medikamenten, Drogen, Alkohol Ja Nein

Wenn ja, bitte ausführen: _____

 - > Krankheiten des Verdauungstrakts (Magengeschwür, Erkrankung der Leber oder der Bauchspeicheldrüse, Kolitis usw.) Ja Nein
 - > Chronische Hautkrankheiten (allergisches Ekzem usw.) Ja Nein
 - > Blutkrankheiten (Gerinnungsstörungen, Thrombosen, Embolien usw.) Ja Nein
 - > Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, erhöhter Cholesterinspiegel, Hormonstörung usw.) Ja Nein
 - > andere Krankheiten oder Gebrechen (z. B. Missbildung) Ja Nein

Bitte geben Sie für jeden Punkt, den Sie bejaht haben, das Datum, den Namen der Krankheit, die Behandlung / Entwicklung, den Namen des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin (wenn möglich vollständige Angaben) an

Hatten Sie je einen Unfall, der zu einer Arbeitsunfähigkeit führte? Ja Nein

Bitte geben Sie das Datum, die erlittenen Verletzungen, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, mögliche Folgeerscheinungen, die Einrichtung / den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin und die Versicherung an, die die Arbeitsunfähigkeit übernimmt

Waren Sie in den vergangenen 5 Jahren aufgrund von Krankheit während mehr als 3 Wochen am Stück arbeitsunfähig? Ja Nein

Wenn ja, wann und aufgrund welcher Krankheit? Welcher Arzt/Welche Ärztin hat Ihre Arbeitsunfähigkeit bescheinigt?

Waren Sie in den vergangenen 5 Jahren im Spital? Ja Nein

Wenn ja, wo und weshalb?

Welche beruflichen Tätigkeiten haben Sie zuvor ausgeübt?

Hatten Sie je gesundheitliche Probleme in Verbindung mit der Arbeit? Ja Nein

Wenn ja, welcher Art?

Haben Sie Ihre letzte Stelle aus gesundheitlichen Gründen oder auf Anraten eines Arztes bzw. einer Ärztin aufgegeben? Ja Nein

Wenn ja, nennen Sie die Gründe _____

Sind Sie teilinvalid, leiden Sie an einem Gebrechen oder an den Folgen von Krankheit oder Unfall?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie bereits Kontakt mit der Invalidenversicherung (IV)? Ja Nein

Wenn ja, wann und mit welcher Kasse: _____

Haben Sie Anspruch auf eine Invalidenrente? Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte an, seit wann und den Invaliditätsgrad: _____

Ist Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Kontext und in welchem Umfang? _____

Waren Sie in den vergangenen 5 Jahren oder sind Sie zum jetzigen Zeitpunkt in Behandlung bei einem Arzt/Ärztin, Chiropraktiker/in, Osteopath/in, Physiotherapeut/in oder Psycholog/in?

Ja Nein

Wenn ja, nennen Sie **die Namen und Adressen** der Therapeut/innen und Ärzt/innen, die Gründe und die Daten

Ist diese Behandlung abgeschlossen? Ja Nein

(Ja: Datum / Nein: geplante Dauer)

Betrachten Sie sich gegenwärtig als (zutreffendes ankreuzen):

- krank *
- in mittelmässigem Gesundheitszustand *
- in relativ befriedigendem Gesundheitszustand *
- in gutem Gesundheitszustand

* Nennen Sie die Gründe _____

Nehmen Sie gelegentlich / regelmässig Medikamente?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

gelegentlich

regelmässig

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Konsumieren Sie alkoholische Getränke (Bier, Wein, Schnaps, Alcopops usw.):
nie gelegentlich regelmässig

Rauchen Sie?

Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigarren, Zigaretten oder Pfeifen täglich? _____

Nehmen Sie Drogen?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Letztmals wann? _____

Wenn Ihre Gewohnheiten dazu führen, dass Sie einen regelmässigen und nicht vernachlässigbaren Konsum angeben, oder wenn Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung dieser Fragen haben, können Sie sich an die Vertrauensärztin bzw. an den Vertrauensarzt des Personals des Staats Freiburg wenden (per E-Mail medicale@cpf.ch oder im Anhang dieses Fragebogens), um mit dem Ziel der Früherkennung eine mögliche Behandlung zu besprechen.

Treiben Sie Sport?

Ja Nein

Wenn ja, welchen?

gelegentlich

regelmässig

intensiv

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Grösse in cm: _____

Gewicht in kg: _____

Bestand bei Ihrer früheren Vorsorgeeinrichtung ein Gesundheitsvorbehalt?

Ja Nein

Wenn ja, seit wann? _____

Für wie lange? _____

Grund: _____

Bemerkungen:

Die/Der Unterzeichnende erklärt, die vorstehenden Fragen umfassend und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Sie/Er erlaubt dem Vertrauensarzt bzw. der Vertrauensärztin, vertrauliche Auskünfte bei den oben namentlich genannten Ärztinnen und Ärzten einzuholen und entbindet letztere zu diesem Zweck von der ärztlichen Schweigepflicht (ausschliesslich gegenüber dem Vertrauensarzt/der Vertrauensärztin).

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

**Abschliessende Einschätzung des Vertrauensarztes bzw. der Vertrauensärztin,
der/die nur diese Seite an den Arbeitgeber und die Kandidatin/den Kandidaten
übermittelt.**

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Funktion:

Dienststelle:

Formular erhalten am:

Entscheidung getroffen am :

Arbeitsfähig für die Vertragsfunktion : Ja

Nein

Allfällige Bemerkungen zur Arbeitsfähigkeit:

Datum:

Unterschrift des Vertrauensarztes/der Vertrauensärztin: