

# Arbeitsmedizinische Untersuchungen

## Ergänzungsuntersuchung bei Belastungen durch Hand-Arm-Vibrationen

# G 46

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

1. Sind sie

Rechtshänder  | Linkshänder  | Beidhänder

2. Arbeiten Sie mit Geräten oder Maschinen, die Schwingungen (Vibrationen) hervorrufen, die auf die Hände übertragen werden?  
(z. B. Schleifmaschine, Motorsäge, Meißelhammer, Presslufthammer, s. Geräteliste auf der Rückseite)

Nein, ich arbeite nicht mit derartigen Geräten  falls nein, Anamnese beendet  
Ja  Seit wann? \_\_\_\_\_

3. Wie häufig arbeiten Sie mit vibrierenden Geräten?

Stunden pro Tag \_\_\_\_\_ | Tage pro Woche \_\_\_\_\_ | Wochen pro Jahr \_\_\_\_\_

4. Haben Sie kalte Hände?

\_\_\_\_\_ (anfallsartig) | \_\_\_\_\_ (anfallsartig) | \_\_\_\_\_ (anfallsartig) | \_\_\_\_\_ (dauernd)

5. Kommt es vor, dass Ihre Finger kribbeln oder sich wie taub anfühlen?

\_\_\_\_\_ mehrmals | \_\_\_\_\_ mehrmals | \_\_\_\_\_ mehrmals | \_\_\_\_\_ mehrmals

6. Kommt es vor, dass Ihre Finger weiß werden und wie abgestorben sind?

\_\_\_\_\_ mehrmals | \_\_\_\_\_ mehrmals | \_\_\_\_\_ mehrmals | \_\_\_\_\_ mehrmals

7. Wann werden Ihre Finger weiß bzw. werden wie taub oder kribbeln?

eher in der kalten Jahreszeit  | eher in der warmen Jahreszeit  | unabhängig von der Jahreszeit

8. Wann haben Sie bemerkt, dass ein oder mehrere Finger wie abgestorben waren, kribbelten oder weiß aussahen?

zum ersten Mal im Jahr \_\_\_\_\_ | zuletzt vor \_\_\_\_\_ Tagen | zuletzt vor \_\_\_\_\_ Monaten | zuletzt vor \_\_\_\_\_ Jahren

9. In welchen Situationen tritt das Kribbeln oder Absterben der Finger auf?

Vorwiegend in Kälte <input type="radio"/>	nach der Pause <input type="radio"/>
Beim Anfassen von kalten Gegenständen <input type="radio"/>	Nachts <input type="radio"/>
Nach mehreren Stunden Arbeit mit vibrierenden Werkzeugen <input type="radio"/>	Beim Schwimmen <input type="radio"/>
Beim Fahrrad-, Moped- oder Motorradfahren <input type="radio"/>	

In anderen Situationen \_\_\_\_\_

10. Haben Sie diese Beschwerden auch an den Zehen?

nein  | ja

11. Haben Sie Schwierigkeiten bei kniffligen Tätigkeiten? (wie z. B. Knöpfe zumachen, Schalter betätigen, Geldmünzen aufheben, Nägel sortieren o. Ä.)

nein  | ja , und zwar \_\_\_\_\_

12. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein  | ja , und zwar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Arzt \_\_\_\_\_