



Leer lassen/Laisser en blanc

Suva
Bereich Arbeitsmedizinische Vorsorge
Postfach 4358
6002 Luzern

**Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung
für Arbeitnehmer
Druckluft/Unterwasserarbeiten/Zwischenuntersuchung**

**Examen préventif dans le domaine de la médecine du
travail pour salariés
Air comprimé/travaux hyperbares/examen intermédiaire**

①	Vom Arbeitgeber auszufüllen und dem Arzt zu übermitteln	A remplir par l'employeur et à remettre au médecin examinateur
	Firmenadresse / Stempel Adresse / Cachet de l'entreprise	Suva Betriebs-Nummer N° Suva de l'entreprise
	Tel.-Nr. N° tél. _____	Sub-Nr. Sous-N° _____

②	Arbeitnehmer / Salarié		
	Name Nom	Vorname Prénom	Mädchenname Nom de jeune fille
	AHV-Nr. N° AVS	Geboren am Né(e) le	Geschlecht Sexe <input type="checkbox"/> männlich masculin <input type="checkbox"/> weiblich féminin
	Nationalität Nationalité	Anstellungsdatum Date de l'engagement	Datum der letzten Untersuchung Date du dernier examen
	Art der jetzigen Tätigkeit Nature de l'activité actuelle	Betriebsteil Partie de l'entreprise	Zone Zone
	War der Arbeitnehmende schon früher unter Überdruckbedingungen oder als Taucher tätig? Le salarié a-t-il été occupé auparavant à des travaux en caisson hyperbare ou de scaphandrier? _____		
	Bei welchen Arbeiten in Druckluft ist sein Einsatz vorgesehen? Pour quels travaux dans l'air comprimé est-il prévu? _____		
	Wenn ja: regelmässig oder nur selten? Si oui: régulièrement ou rarement? _____		
	Anzahl Stunden/Woche (bzw. Wochen/Jahr) Nombre d'heures/semaine (resp. semaines/an) _____		
	Wann zum letzten Mal? Quand la dernière fois? _____		
	Bemerkungen: Remarques: _____		

Anmerkung für den untersuchenden Arzt

- Die Untersuchung hat sich auf nachstehende Fragen zu beschränken. Zusätzliche Untersuchungen kann die Suva nur vergüten, wenn sie vorher dazu ihr Einverständnis gegeben hat.
- Dieses Formular wird mit EDV ausgewertet. Wir bitten Sie deshalb, die nachstehenden Fragen vollständig zu beantworten und alle Daten in der vorgeschriebenen Einheit anzugeben. Besten Dank!
- Dieser Bericht ist so bald als möglich an die Suva, Bereich Arbeitsmedizinische Vorsorge, Postfach, 6002 Luzern, zu senden.

Remarques pour le médecin examinateur

- L'examen doit se limiter aux questions ci-dessous. La Suva ne prend à sa charge que les examens complémentaires pour lesquels elle a donné son accord préalable.
- Cette formule sera traitée par ordinateur. Veuillez donc répondre à toutes les questions, et tenir compte des unités pour les résultats chiffrés. Merci!
- Le présent rapport doit être adressé dans le plus bref délai à la Suva, Secteur Prévention Médecine du Travail, case postale, 6002 Lucerne.

Arbeitsmedizinische Zwischenanamnese / Anamnèse intermédiaire en médecine du travail

a) Datum der letzten arbeitsmedizinischen Zwischenuntersuchung:
a) Date du dernier examen intermédiaire en médecin du travail: _____

b) Datum der Grunduntersuchung:
b) Date du dernier examen de base: _____

– Anzahl Tauchstunden/Arbeitsstunden unter Überdruck seit der letzten Untersuchung:
Nombre d'heures de plongées/de travail en surpression depuis le dernier examen intermédiaire: _____

– Medizinische Zwischenanamnese seit der letzten Untersuchung:
Anamnèse médicale intermédiaire depuis le dernier examen: _____

– Schädigungen oder Zwischenfälle durch Tauchen/Druckluftarbeiten seit der letzten Untersuchung:
Affection ou incident en rapport avec la plongée/travail sous air comprimé: _____

– Arbeitsunfähigkeiten von > 3 Wochen seit der letzten Untersuchung gemäss a) oder b):
Incapacité de travail > 3 semaines depuis le dernier examen selon a) ou b):

Von: _____ bis: _____ Grund: _____
du: _____ à: _____ Raison: _____

– Regelmässige sportliche Aktivität:
Activité sportive régulière: Ja*/oui* Nein/non
*Wenn ja, was: _____ Wie häufig: _____
*Si oui, lesquelles: _____ Fréquence: _____

	nein non	ja* oui*	*– wenn ja, was? *– si oui, quoi? _____	Menge/Tag Quantité/jour	<input type="checkbox"/>
– Raucher – Fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*– wenn ja, was? *– si oui, quoi? _____	Menge/Tag Quantité/jour	<input type="checkbox"/>
– Alkoholkonsum – Consommation d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*– wenn ja, was? *– si oui, quoi? _____	Menge/Tag Quantité/jour	<input type="checkbox"/>
– Drogen – Drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*– wenn ja, was? *– si oui, quoi? _____	Menge/Tag Quantité/jour	<input type="checkbox"/>
– Medikamente – Médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*– wenn ja, was? *– si oui, quoi? _____	Menge/Tag Quantité/jour	<input type="checkbox"/>

Befund / Status

- Puls / Pouls: /min

- Blutdruck / Tension artérielle: / mmHg
syst. / diast.

- Gewicht / Poids: kg

- Grösse / Taille: cm

- BMI: , kg/m²

- Otoskopie / Otoscopie normal pathologisch*

*Wenn pathologisch, wie?
 *Si pathologique, en quoi?

- Tuben (Valsalva) normal pathologisch*
 - Trompe d'Eustache (Valsalva)

*Wenn pathologisch, wie?
 *Si pathologique, en quoi?

- Auskultation von Herz und Lunge normal pathologisch*
 - Auscultation cardiaque et pulmonaire

*Wenn pathologisch, wie?
 *Si pathologique, en quoi?

- Sharpened Romberg normal pathologisch* Max. erreichte Standzeit (Bester von 4 Versuchen) sec

*Wenn pathologisch, wie?
 *Si pathologique, en quoi?

- Sind weitere Untersuchungen erforderlich? nein/non ja/oui*

*Wenn ja, welche?
 *Si oui, lesquels?

Beurteilung und Antrag / Conclusions et proposition

Beurteilung Conclusions	nein non	ja oui	Wenn ja, bitte präzisieren! Si oui, préciser s.v.p.!
- Bestehen Zeichen einer Schädigung durch Arbeiten in Druckluft oder durch Tauchen? - Existe-t-il des symptômes de barotraumatisme, ou des affections en rapport avec la plongées?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Oder eine andere Krankheit? - Ou une autre maladie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¹⁾	<input type="text"/>
- Weitere Abklärung erforderlich? - Un complément d'examen est-il nécessaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
¹⁾ Wenn ja: / Si oui: - wurde der Hausarzt informiert? - le médecin de famille en a-t-il été informé? - Name und Adresse des Hausarztes: - Nom et adresse du médecin de famille:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

**Antrag betreffend Eignung für Arbeiten in Druckluft
 Proposition concernant l'aptitude aux travaux dans l'air comprimé**

- Geeignet / apte	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Befristet ungeeignet / temporairement inapte	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
- Dauernd ungeeignet / définitivement inapte	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

4

Automatische Kostengutschrift / Facturation automatique

Bei Arbeitnehmern gilt dieses Untersuchungsformular gleichzeitig als Arztrechnung. Bitte keine separate Rechnung stellen!

Pour les salariés, ce questionnaire sert en même temps de note d'honoraires. Prière de ne pas facturer séparément!

Datum der Untersuchung:	Date de l'examen:	_____
Wichtig! Ihre Suva-Konto-Nummer	Important! N° de votre compte Suva	_____
Sofern nicht vorhanden Postcheck-Konto-Nummer	Si vous n'en avez pas N° du compte de chèques postaux	_____
Oder Bankverbindung Name und Ort der Bank:	Ou banque Adresse de la banque:	_____
- PC-Konto-Nr. der Bank:	- N° du CCP de la banque:	_____
- Ihre Bankkonto-Nummer:	- N° de votre compte bancaire:	_____
Ihre Rechnungs-Nummer:	N° de votre note d'honoraires:	_____

TarMed LNR	38.0020	GD	Rechnungsart Genre de note	Betrag Montant	CHF	Korrektur Correction	Korr.-Code Code de corr.
------------	---------	----	-------------------------------	-------------------	-----	-------------------------	-----------------------------

Stempel und Unterschrift des untersuchenden Arztes:
Timbre et signature du médecin examinateur:

5

Entscheid der Abteilung Arbeitsmedizin der Suva / Décision de la division de médecine du travail de la Suva

Entscheid	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Begründung der Verfügung:
<input type="checkbox"/>	Geeignet, weitere Kontrollen nach Plan		_____
<input type="checkbox"/>	Geeignet, nächste Kontrolle nach _____ Monaten		_____
<input type="checkbox"/>	Bedingt geeignet ab: _____		_____
<input type="checkbox"/>	Befristet ungeeignet bis: _____		_____
<input type="checkbox"/>	Dauernd ungeeignet ab: _____		_____
<input type="checkbox"/>	Weitere Abklärung: _____		_____
<input type="checkbox"/>	WA-Code: _____		_____
Datum:	Unterschrift:	2. Unterschrift:	_____

<input type="checkbox"/>	Eingang erfasst	Datum/Visum	_____
<input type="checkbox"/>	Entscheid erfasst	Datum/Visum	_____
<input type="checkbox"/>	Weitere Abklärung veranlasst mit: _____	Datum/Visum	_____
<input type="checkbox"/>	Verfügung erlassen und erfasst	Datum/Visum	_____