



Fragebogen

Zürich, 1. Januar 2025

Gesundheitsfragebogen für Drittmittelangestellte der UZH mit Arbeitsort in einer universitären Klinik

Sehr geehrte Mitarbeitende,

Um Ihren Gesundheitsschutz gewährleisten zu können, sind wir auf Informationen über Ihren Gesundheitsstatus und Ihre Tätigkeiten angewiesen.

Bitte senden Sie uns den vollständig ausgefüllten Fragebogen innerhalb der ersten zwei Arbeitswochen zusammen mit einer **Kopie ihres Impfausweises** und falls vorhanden, Kopien von früheren Laborresultaten zu Infektionskrankheiten (Hepatitis B-Titer, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen/Windpocken, Tuberkulose-Bluttest) zu.

Anhand des Fragebogens wird entschieden, ob aus personalärztlicher Sicht bei Ihnen Massnahmen zum Schutz Ihrer Gesundheit aufgrund Ihrer Tätigkeit nötig sind.

Bitte senden Sie Ihre Antwort an:

Universität Zürich
Sicherheit und Umwelt
Arbeitsmedizin
Winterthurerstrasse 190
8057 Zürich
oder per E-Mail: arbeitsmedizin@hin.uzh.ch

Der Fragebogen wird streng vertraulich behandelt und nur von der arbeitsmedizinischen Stelle der Universität Zürich und der arbeitsmedizinischen Stelle des beteiligten Spitals (Ihr Arbeitsort) verwendet. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Sie erhalten von uns in den ersten 4 bis 6 Wochen nach Stellenantritt eine schriftliche Mitteilung über die vorgesehenen Massnahmen (z.B. Impfung; Sprechstunde; Blutentnahme).

Personalien (bei Stellenantritt)

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse:	_____	PLZ/Wohnort:	_____
Tel. P:	_____	Geburtsdatum:	_____
Tel. G:	_____	E-Mail:	_____

Fragen zum Arbeitsplatz

Stellenantritt am: _____ voraussichtlich bis: _____
Institut/Klinik: _____ Abteilung/ Gruppe: _____
Arbeitsplatzadresse: _____ Funktion/ Tätigkeit: _____

Anstellungsvertrag: UZH Spital Sonstiges: _____

Haben Sie Patientenkontakt? Wenn ja, welchen? nein ja

Führen Sie Tätigkeiten mit Kontakt zu humanem Blut, Gewebe oder
Körperflüssigkeiten aus? nein ja

Führen Sie Tätigkeiten mit Kontakt zu Tieren aus? Welche Tiere? nein ja

Arbeiten sie in einem Labor mit Mikroorganismen? Mit welchen? nein ja

Tragen Sie aufgrund Ihrer Tätigkeit ein Dosimeter? nein ja

Kurze Beschreibung Ihrer Tätigkeit: _____

Berufliche und gesundheitliche Vorgeschichte

Frühere Arbeitstätigkeiten / Ausbildung: _____

Waren oder sind Sie infolge Beschwerden, Krankheit oder Unfall in der
Ausübung Ihrer beruflichen Tätigkeit ganz oder teilweise beeinträchtigt? nein ja

Wenn ja: warum? / wann? _____

Leiden Sie an Infektionskrankheiten? nein ja

Wenn ja: an welchen? _____

Ist bei Ihnen eine Immunschwäche bekannt bzw. nehmen sie regelmässig immunsupprimierende
Medikamente (z.B. Cortison) ein? nein ja

Wenn ja: bitte näher beschreiben:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?

Welche Allergien oder Hautkrankheiten haben Sie?

Waren Sie schon zur arbeitsmedizinischen Eintrittsabklärung beim Personalärztlichen Dienst des Spitals in welchem Sie arbeiten? nein ja

Sind sie mit dem Austausch der arbeitsmedizinisch relevanten Informationen zw. dem Personalärztl. Dienst des Spitals und der arbeitsmed. Stelle der UZH einverstanden? nein ja

Bemerkungen

Datum: _____

Unterschrift: _____