



## Personenbezogener betriebsärztlicher Fragebogen

### Information über den Fragebogen:

Als weiteren Service-Baustein bietet die Zahnärztliche Stelle „BuS-Dienst“ der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg für die Mitarbeiter der am Kammermodell teilnehmenden Praxen einen personenbezogenen betriebsärztlichen Fragebogen an.

### Arbeiten mit dem Fragebogen:

Der Fragebogen wird in der Anzahl der Mitarbeiter kopiert und diesen ausgehändigt. Die Mitarbeiter der Praxis füllen diesen Fragebogen aus und legen ihn in einen Einzel-Umschlag, verschließen diesen und schicken die gesammelten verschlossenen Einzel-Umschläge der Praxismitarbeiter in einem Außenumschlag alle 3 Jahre an die Zahnärztliche Stelle „BuS-Dienst“ der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg. Hier werden die eingehenden Fragebögen zentral von einer Fachärztin für Arbeitsmedizin ausgewertet und archiviert. Sollten sich hierbei Fragen ergeben wird sich die Fachärztin für Arbeitsmedizin mit der/dem Mitarbeiterin/Mitarbeiter in Verbindung setzen. Die Fachärztin für Arbeitsmedizin ist natürlich an die ärztliche Schweigepflicht (Arzt-Patienten-Verhältnis) gebunden.

Senden Sie die ausgefüllten Fragebögen bitte an folgende Adresse:

**Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg  
Zahnärztliche Stelle BuS-Dienst  
Albstadtweg 9  
70567 Stuttgart**

Die Ergebnisse der Auswertung der Fragebögen werden der/dem Mitarbeiterin/Mitarbeiter schriftlich mitgeteilt.

## Personenbezogener betriebsärztlicher Fragebogen

Name, Vorname:			
Geburtsdatum:		Alter:	
Praxisstempel: (Bitte unbedingt angeben!)			
Praxis-Standort:	<input type="checkbox"/> Stadt-Praxis	<input type="checkbox"/> Land-Praxis	
Praxisschwerpunkt:	<input type="checkbox"/> KFO	<input type="checkbox"/> MKG	
	<input type="checkbox"/> PAR	<input type="checkbox"/> KONS	

Tätigkeiten / Arbeitsplatz (Mehrfachnennungen sind möglich):	Beruf:
<input type="checkbox"/> Zahnärztlicher Behandlungsplatz	<input type="checkbox"/> Zahnarzt / Zahnärztin (angestellt)
<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Zahnarzthelfer/-in / ZFA
<input type="checkbox"/> Laser der Klassen 3B, 3R oder 4	<input type="checkbox"/> ZMP / DH
<input type="checkbox"/> Instrumentenaufbereitung	<input type="checkbox"/> ZMV
<input type="checkbox"/> Praxislabor	<input type="checkbox"/> Auszubildende/r
<input type="checkbox"/> Verwaltung/Bürotätigkeit	<input type="checkbox"/> Zahntechniker/-in
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Reinigungskraft (nur nicht-infektiöser Bereich)
	<input type="checkbox"/> Reinigungskraft (auch infektiöser Bereich)
	<input type="checkbox"/>

Nr.	Fragen:	Ja	Nein	Felder füllt die Betriebsärztin aus
1.	Werden Sie über die arbeitsmedizinische Vorsorge aufgeklärt und beraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Werden Sie über die Immunisierung aufgeklärt und beraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Wird bei Ihnen regelmäßig die arbeitsmedizinische Vorsorge gemäß ArbMedVV (G 42 – Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung) durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Wird bei Ihnen regelmäßig die arbeitsmedizinische Vorsorge gemäß ArbMedVV (G 24 - Hauterkrankungen) durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Führt diese Vorsorge ein Arbeits-/Betriebsmediziner durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Erhalten Sie nach durchgeführter Vorsorge von dem Arbeits-/Betriebsmediziner eine ärztliche Bescheinigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.1	Sind Sie gegen Hepatitis B geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.2	<u>Die folgende Frage ist für eine angestellte Reinigungskraft vorgesehen:</u> Sind Sie gegen Hepatitis A und B geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Sind Sie über das Verhalten nach einem Arbeitsunfall, z.B. nach einer Nadelstichverletzung, unterwiesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Sind Ihre Hände frei von Hauterkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Nur bitte beantworten, wenn Sie Jugendliche im Sinne des Jugendarbeitsschutzgesetzes (Alter: 15 - < 18 Jahre) sind: Werden Sie über Untersuchungen gemäß Jugendarbeitsschutzgesetz aufgeklärt und werden Sie dementsprechend von einem Arzt untersucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum, Unterschrift Mitarbeiter/-in:

Bearbeitet durch die Fachärztin für Arbeitsmedizin der Zahnärztlichen Stelle „BuS-Dienst der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg“ (Datum, Unterschrift):

## Erklärung zum personenbezogenen betriebsärztlichen Fragebogen

Sehr geehrte Mitarbeiterin, sehr geehrter Mitarbeiter,

wir sind datenschutzrechtlich angehalten, die nachfolgende Erklärung zu dem „Personenbezogenen betriebsärztlichen Fragebogen für die Beschäftigten“ einzuholen.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass die Fachärztin für Arbeitsmedizin der Zahnärztlichen Stelle „BuS-Dienst“ der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg, den von Ihnen eingesandten Fragebogen erfasst, auswertet und als Arztunterlagen unter Verschluss hält. Sofern sich aus dem Fragebogen Anhaltspunkte ergeben, die Ihren persönlichen Schutz betreffen, werden Empfehlungen zur Verbesserung des Arbeiterschutzes im Rahmen der betriebsärztlichen Betreuung gegeben. Die Betriebsärztin unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

Hiermit unterrichten wir Sie, dass Sie die Möglichkeit haben, Ihre Einwilligung nicht auszusprechen oder mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen. Sofern Sie Ihre Einwilligung versagen, kann die Betriebsärztin nicht zu Ihrem Schutze tätig werden.

Sollten Sie noch Fragen zu diesem Fragebogen bzw. zu dieser Erklärung haben, können Sie die Zahnärztliche Stelle „BuS-Dienst“ der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg hier erreichen (Abteilung Praxisführung).

Wir bitten Sie, uns Ihre Erklärung zusammen mit dem „Personenbezogenen betriebsärztlichen Fragebogen für die Beschäftigten“ einzuschicken. Ohne Ihre Einwilligung wird und kann der eingesandte Fragebogen nicht ausgewertet werden.

Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 a) DSGVO

*Ja, ich gebe meine Zustimmung gemäß Art. 6 Abs. 1 a) DSGVO zu der Beschaffung, Erfassung und Aufbewahrung meiner auf dem „Personenbezogenen betriebsärztlichen Fragebogen für die Beschäftigten“ gemachten Angaben zur vertraulichen Auswertung durch die Fachärztin für Arbeitsmedizin bei der Zahnärztlichen Stelle „BuS-Dienst“ der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung verweigern und mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.*

*Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ können Sie hier nachlesen.*

Name, Vorname (Bitte in Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift