



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

## 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 mit dem Vermerk «Vertraulich» an den Vertrauensarzt/die Vertrauensärztin des Staats Freiburg, Postfach 119, 1701 Freiburg (+41 26 305 32 62) zu senden. Nur der Vertrauensarzt bzw. die Vertrauensärztin darf ihn überprüfen und aufbewahren. Gestützt auf den Fragebogen bestimmt der Vertrauensarzt bzw. die Vertrauensärztin, 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 Vertrauensärztin aufbewahrt. Einzig die abschliessende Einschätzung des Vertrauensarztes bzw. der Vertrauensärztin (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 : <https://www.fr.ch/de/find/poa> > Personalgesetzgebung des Kantons Freiburg > Anstellungsdokumente)*

### **Persönliche Daten**

---

Name und Vorname Kandidat/in: \_\_\_\_\_

Privatadresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

Beim Staat Freiburg ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Vertraglicher Beschäftigungsgrad: \_\_\_\_\_

Dienststelle / Anstalt: \_\_\_\_\_



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 [SecMed.PersEFR@fr.ch](mailto:SecMed.PersEFR@fr.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: