



MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN (für alle nachfolgenden arbeitsmedizinischen Untersuchungen)

Bitte Ihre Impfkarte zur Untersuchung mitbringen

1. Angaben

Name:

Matrikelnummer:

Hatten Sie seit Ihrer letzten Arbeitsmedizinischen Untersuchung:

| | <u>Ja</u> | <u>Nein</u> | <u>Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:</u> |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Einen Unfall mit schweren Verletzungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Einen Arbeitsunfall? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Eine Operation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Eine neue Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Einen Krankenhausaufenthalt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Eine Kur (orthopädisch / psychiatrisch / Entgiftung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Hat Ihre medikamentöse Behandlung geändert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

2. Unterschrift

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift:

Bitte ausfüllen und dem Arbeitsarzt aushändigen

Personenbezogener Datenschutz

Das von Ihnen ausgefüllte Formular, das Sie uns im Rahmen Ihres Antrags einreichen werden, enthält personenbezogene Informationen. Diese Daten werden in unserem Informationssystem vom arbeitsmedizinischen Dienst des öffentlichen Sektors im Zuge der ärztlichen Einstellungsuntersuchung gespeichert. Diese Daten werden, solange wie es zur Erfüllung unserer Verpflichtungen erforderlich ist, verarbeitet und aufbewahrt.

Laut [EU-Verordnung-2016/679](#) zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr, verfügen Sie über ein Recht auf Zugang zu Ihren Daten, auf Berichtigung, Löschung und eingeschränkte Verarbeitung Ihrer Daten, sowie einem Widerspruchsrecht und einem Recht auf Datenübertragbarkeit.

Um von einem Ihrer Rechte Gebrauch zu machen, können Sie eine E-Mail an unseren Datenschutzbeauftragten senden : dpo@mfp.etat.lu , oder per Einschreiben an :

Der Datenschutzbeauftragte
Ministère de la Fonction publique
63, avenue de la Liberté
L-1931 Luxembourg

Durch das Einreichen dieses Formulars sind Sie mit der Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten im Rahmen Ihres Antrags einverstanden.