

Selbstdeklaration zum Gesundheitszustand – PSAGa

Selbstdeklaration Gesundheitszustand

Mit Ihrer Anmeldung für den Kurs PSAGa (**P**ersönliche **S**chutz**A**usrüstung gegen **A**bsturz) beweisen Sie ihr Interesse an einer anspruchsvollen Tätigkeit. Das Arbeiten mit PSAGa ist nicht ungefährlich und oft sehr anstrengend. Dies erfordert bestimmte körperliche und geistige Voraussetzungen, beispielsweise Schwindelfreiheit, Fitness und Beweglichkeit. Es gibt Krankheiten, mit denen sich das Arbeiten mit PSAGa nur schlecht vereinbaren lässt. Dieses Dokument hilft Ihnen, solche Probleme zu erkennen und den richtigen Entscheid zu treffen.

Wichtig

Die aufgeführten Bedingungen gelten jederzeit bei Arbeiten mit PSAGa und nicht nur zum Schulungszeitpunkt. Wir empfehlen Ihnen deshalb eine Kopie von diesem Formular aufzubewahren. Diese wird Ihnen gute Dienste leisten, wenn Sie es später wieder zur Hand nehmen, um sich Rechenschaft über Ihren aktuellen Gesundheitszustand und Ihre Eignung für Arbeiten mit PSAGa zu geben.

Falls eine Unsicherheit über Ihre Eignung vorliegt, empfiehlt es sich den Sachverhalt mit ihrem Arzt oder einem Arbeitsmediziner zu besprechen.

Folgende Krankheiten und gesundheitlichen Beschwerden können Ihre Eignung für das Arbeiten unter Absturzrisiko (mit PSAGa) stark einschränken oder verunmöglichen:

- Ohnmachtsanfälle
- Schwächezustände
- Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle
- Schwindelanfälle oder Gleichgewichtsstörungen
- Nervenkrankheiten
- Geistes- oder Gemütskrankheiten
- Krankheiten des Herzens oder der Blutgefäße
- Bluthochdruck
- Krankheiten der Atmungsorgane (z.B. Asthma etc.)
- Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus)
- Abhängigkeiten/Sucht (Alkohol, Drogen, Medikamente)

Vorsicht ist geboten wenn...

- Sie Medikamente zu sich nehmen müssen, die das Gleichgewicht oder die Wahrnehmungssinne beeinträchtigen.
- Sie unter Einschränkungen der Beweglichkeit leiden, die Sie beim Arbeiten mit PSAGa behindern können.
- Sie infolge Krankheit oder Unfall eine Rente beziehen (bei einem Rentenbezug liegt immer eine gesundheitliche Beeinträchtigung vor. Es ist zu prüfen, ob dadurch die Eignung für Arbeiten mit PSAGa in Frage gestellt ist).
- Sie unter anderen Krankheiten oder Allergien leiden, die Sie beim Arbeiten mit PSAGa gefährden könnten (z.B. ausgeprägte Allergien bei Insektenstichen etc.).

Diese Erklärung wird vertraulich behandelt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich weder physisch noch psychisch für das Arbeiten mit PSAGa beeinträchtigt bin und insbesondere nicht unter obengenannten Krankheiten oder Beeinträchtigungen leide.

Datum, Ort:

Name / Vorname:

Unterschrift:
