

Erklärung der gesetzlichen Vertreter

Bewerbername, Vorname:

Geburtsdatum:

Ausbildungsberuf:

Wir erklären uns/Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sich mein/e/unser/e Sohn/Tochter um einen Ausbildungsplatz bei der Hamburger Hochbahn AG bewirbt und bei erfolgreichem Ausgang des Auswahlverfahrens eine Ausbildung bei der Hamburger Hochbahn AG absolviert.

Vater

Name, Vorname:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

Mutter

Name, Vorname:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

ggf. Vormund

Name, Vorname:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

Für den Fall, dass es bei Ihrem Kind zu einer Einstellung kommt, benötigen wir für die Eintragung des Vertrages bei der Handelskammer Hamburg zusätzlich folgende Angaben:

Wer hat das Sorgerecht?	<input type="checkbox"/> Beide Elternteile	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
Leben beide Elternteile noch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Falls Nein, sind sie Halb-, oder Vollwaise?	<input type="checkbox"/> Vollwaise	<input type="checkbox"/> Halbwaise	
Ist ein Vormund bestellt?	<input type="checkbox"/> ja (Daten s.o.)	<input type="checkbox"/> nein	

Datum/Ort

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Firma / Abteilung: _____

Bitte Felder ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen:

Name	Vorname	Geb.
Straße	Geburtsname	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
PLZ, Stadt	Staatsangehörigkeit	PN
Tel. privat	Geburtsort / Land	<input type="checkbox"/> Schichtdienst geplant
Handy		

Schule / erlernte Berufe (mit Abschluss) inkl. Abschlussjahr:	
Letzte Tätigkeiten, die ausgeübt wurden:	von - bis

Vorgeschichte*

(Bitte beachten Sie die Rückseite)

Leiden Sie häufiger unter Kopfschmerzen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tragen Sie eine Sehhilfe?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Lese- <input type="checkbox"/> Bildschirm- <input type="checkbox"/> Fern- <input type="checkbox"/> Mehrstärken / Gleitsichtgläser <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	
Haben Sie Schwierigkeiten beim Sehen bei Tageslicht, in der Dämmerung oder bei Dunkelheit?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Schwierigkeiten beim Erkennen von Farben?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Neigen Sie zu Schwindel oder Gleichgewichtsstörungen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein Ohrenleiden oder einen Trommelfelldefekt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hören Sie schlecht?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, auf dem rechten Ohr <input type="checkbox"/> Ja, auf dem linken Ohr	
Schnarchen Sie häufig (fast jede Nacht bzw. mehr als 3x pro Woche)?		<input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Atemaussetzer?		<input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie am Tage unter Schläfrigkeit (fallen Ihnen die Augen ungewollt zu)?		<input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie schon einmal während der Arbeit / am Steuer Sekundenschlaf?		<input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben oder hatten Sie eine Schilddrüsenerkrankung?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben oder hatten Sie eine Bluterkrankung?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben oder hatten Sie eine Krebs- oder Tumorerkrankung?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Neigung zur Erkält. der Atmungsorgane?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> Bronchialasthma <input type="checkbox"/> Halsentzündungen <input type="checkbox"/> Bronchitis	
Haben Sie ein Lungenleiden?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Herz- oder Kreislaufbeschwerden?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie einen Herzinfarkt oder eine Herzerkrankung? Wenn ja, wann?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen ein erhöhter Blutdruck festgestellt? Wenn ja, wann?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen eine Zuckerkrankheit festgestellt? Wenn ja, wann?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Magen- oder Darmbeschwerden?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen eine Leberkrankheit festgestellt? Wenn ja, wann?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Haben Sie Erkrankungen der Harnwege (Blase, Nieren)?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Entzündungen <input type="checkbox"/> Ja, Steine
Haben Sie Krampfadern?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Rücken- oder Nackenschmerzen?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gelegentlich <input type="checkbox"/> Ja, häufig <input type="checkbox"/> Ja, täglich
Haben Sie Schmerzen in der Muskulatur?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Beine <input type="checkbox"/> Sonstige
Wurden bei Ihnen Gicht, Gelenkerkrankungen oder Rheuma festgestellt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Neigen Sie zu Sehnenscheidenentzündungen der Handgelenke / Unterarme?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie Knochenbrüche? Wenn ja, wann und wo?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Neigen Sie zu Hauterkrankungen (auch Neurodermitis oder Schuppenflechte)?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, welche?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein Nervenleiden (Nervenerkrankung)?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben oder hatten Sie eine psychische Erkrankung?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen ein Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom /AD(H)S festgestellt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Epileptiker?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein anderes Anfallsleiden oder Bewusstseinsstörungen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie einen Unfall mit längerer Arbeitsunfähigkeit?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Sonstiger Unfall
Operationen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Blinddarm <input type="checkbox"/> Magen <input type="checkbox"/> Gallenblase <input type="checkbox"/> Niere <input type="checkbox"/> Leiste <input type="checkbox"/> Knochen <input type="checkbox"/> Herz <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Zurzeit in ärztl. Behandl.?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Haus- <input type="checkbox"/> Augen- <input type="checkbox"/> Chirurg <input type="checkbox"/> HNO <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Haut- <input type="checkbox"/> Orthopäde <input type="checkbox"/> Sonst.	
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht mehr <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> Regelmäßig	
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht mehr <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> Regelmäßig	
Konsumieren Sie illegale Drogen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht mehr <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> Regelmäßig	
Nehmen Sie regelmäßig Arzneimittel?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, auf Rezept <input type="checkbox"/> Ja, ohne Rezept
Waren Sie zur Kur-/Reha-Behandlung?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, einmal im Jahr <input type="checkbox"/> Mehrmals
Haben Sie einen Behinderten-Ausweis?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ____% <input type="checkbox"/> Beantragt
Gehen Sie zur Krebsvorsorgeuntersuchung?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie längere Zeit im Ausland gewesen? Wenn ja, wann und wo?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie sich einer arbeitsmed. Vorsorgeuntersuchung unterzogen? Wenn ja, welcher?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen den Arbeitsplatz gewechselt?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fühlen Sie sich gesund bzw. wohl?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Die von mir gemachten Angaben erfolgten nach bestem Wissen.

Datum, Unterschrift

Bei der betriebsärztlichen Untersuchung wird mir Blut abgenommen und ein Drogenscreening aus meiner Urinprobe erstellt. Sollte es bei den Ergebnissen zu Auffälligkeiten kommen, bin ich damit einverstanden, dass Nachuntersuchungen von den Ärzten angefordert werden können (z.B. Blutzucker-Langzeitwert HbA1 oder Leber-Langzeitwert Alkohol CDT).

Datum, Unterschrift

Arzt: