

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen:
Ihr Ansprechpartner:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

Datum:

Name, Vorname:

geb.:

Aktenzeichen:

Bericht Haut BK 5101

- 1 Wann wurde aus Anlass der Erkrankung Ihre ärztliche Hilfe erstmalig in Anspruch genommen?
Datum: _____ Uhrzeit: _____
- 2 Welche Körperteile waren bei Behandlungsbeginn befallen (Kopf, Hals, Arme, Hände, Stamm, Beine, Füße)?
- 3 Wird die Behandlung regelmäßig durchgeführt, ggf. in welchen Abständen?
- 4.1 Bestand oder besteht wegen der Hauterkrankung Arbeitsunfähigkeit? nein ja
Von _____ bis _____ | Von _____ bis _____
Von _____ bis _____ | Von _____ bis _____
- 4.2 Hat aus Anlass dieser Hauterkrankung bereits stationäre Behandlung stattgefunden? nein ja
Wann und wo?
- 5 Wurden epikutane Hauttestproben vorgenommen?

Wann? _____ Von wem? _____
Testergebnisse: (Bitte Bogen/Protokoll beifügen.)

Diagnose:

...

6 Welche Hautreinigungsmittel werden gebraucht?

7 Bisheriger Verlauf der Hauterkrankung:

7.1 Kam die Hauterkrankung während der Arbeitsunfähigkeit vollständig zur Abheilung? nein ja
oder
wurde während der Arbeitsunfähigkeit nur eine Besserung erzielt? nein ja

7.2 Sind im Anschluss an die Wiederaufnahme der Arbeit nach Abheilung erneut
Hautveränderungen auftreten? nein ja
oder
haben sich die nur gebesserten Hautveränderungen verschlimmert? nein ja

8 Wann wurde die Behandlung abgeschlossen? Am
oder
wie lange dauert sie voraussichtlich noch? Bis

9 Wann wurde der letzte Hautbefund erhoben (kurze Schilderung über Beschaffenheit der Haut, Art der
Effloreszenzen und Lokalisation der Erscheinungen)?

10 Sind frühere Hauterkrankungen, z. B. Pilzkrankungen bekannt? nein ja
Welche?

Ärztliche Behandlung bei wem?

Bestand Milchschorferkrankung im Säuglingsalter? nein ja

11 Sonstige Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Institutionskennzeichen (IK) Falls kein IK - Bankverbindung -

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 129) und Auslagen nach der UV-GOÄ