

Erkrankung \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_  
- bei Ihnen beschäftigt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Sehr geehrte \_\_\_\_\_ *drop-down: ~ Sehr geehrte Frau < >, / ~ Sehr geehrter Herr < >, / ~ Sehr geehrte Damen und Herren,*

wir prüfen, ob eine Erkrankung durch Lösungsmittel vorliegt. Dabei sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen.

Bitte beantworten Sie unsere Fragen und senden Sie die Unterlagen bald zurück.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Unsere Anfrage stützt sich auf die §§ 191, 192 Sozialgesetzbuch VII.

Mit freundlichen Grüßen

...

Az.: , Name:

- 1 Von wann bis wann (bitte genaue Angaben) war der Versicherte beschäftigt, und welche Tätigkeiten hat er ausgeübt?  
**Angaben ggf. auf der Rückseite oder einem Beiblatt fortsetzen.**

von/bis	Art der ausgeübten Tätigkeiten	Betriebsteil	Bitte machen Sie nähere Angaben zu einem Kontakt mit lösungsmittelhaltigen Arbeitsstoffen.
			<input type="checkbox"/> s. Beiblatt
			<input type="checkbox"/> s. Beiblatt
			<input type="checkbox"/> s. Beiblatt

2	Wann und durch wen wurden Einstellungs- bzw. Personaluntersuchungen und/oder arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> durch
3	Wann und durch wen wurden wegen beruflicher Lösungsmittelkontakte ärztliche Untersuchungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> durch
4	Art und Umfang der Einwirkung	
4.1	Wo wurden lösungsmittelhaltige Arbeitsstoffe überwiegend verarbeitet?	<input type="checkbox"/> im Freien <input type="checkbox"/> in geschlossenen Räumen <input type="checkbox"/> in Kabinen

Az.: \_\_\_\_\_, Name: \_\_\_\_\_

4.2 Wie wurden die lösungsmittelhaltigen Arbeitsstoffe verarbeitet?	<input type="checkbox"/> gespritzt <input type="checkbox"/> gerollt <input type="checkbox"/> gestrichen <input type="checkbox"/> als Tauchbad
4.3 War der Versicherte Lösungsmittleinwirkungen von anderen Arbeitsplätzen ausgesetzt?  Falls ja, in welcher Form?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
4.4 Wurden Konzentrationsmessungen durchgeführt?  Falls ja, durch wen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  durch _____
5 Wie lauten Name und Anschrift Ihres Betriebsarztes?	
6 Wenn Sie nicht bei uns Mitglied sind: Welcher Unfallversicherungsträger ist für Ihr Unternehmen zuständig? Wie lautet Ihre Unternehmensnummer?	
7 Bemerkungen oder Hinweise:	

Für Rückfragen:

Meine Funktion im Unternehmen:

Meine Telefon-Nr.:

Meine Handy-Nr.:

Meine Fax-Nr.:

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift)

