

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 es sich bei der Wirbelsäulenerkrankung um eine Berufskrankheit handelt. 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

Anlage

...

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	Wurde die Wirbelsäule während dieses Zeitraumes belastet durch Heben und Tragen, extreme Rumpfbeugehaltung oder Ganzkörpervibrationen?
		Falls ja, bitte ausführliche Angaben auf dem beigefügten Erhebungsbogen.
		Falls ja, bitte ausführliche Angaben auf dem beigefügten Erhebungsbogen.
		Falls ja, bitte ausführliche Angaben auf dem beigefügten Erhebungsbogen.

Liegen für die ausgeübten Tätigkeiten im Hinblick auf eine mögliche Wirbelsäulenbelastung Gefährdungsbeurteilungen gemäß Arbeitsschutzgesetz vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
---	---

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 Hat der Versicherte über Wirbelsäulenbeschwerden geklagt?	
4 Sind Unfälle oder Verletzungen der Wirbelsäule bekannt geworden?	

Az.: , Name:

<p>5 Erfolgte wegen Wirbelsäulenbeschwerden</p> <p>5.1 eine technische oder organisatorische Maßnahme zur Verringerung der Wirbelsäulenbelastung? Wenn ja, welche?</p> <p>5.2 ein Tätigkeitswechsel? Wenn ja, in welche Tätigkeit und wann?</p> <p>5.3 eine Unterlassung von wirbelsäulenbelastenden Tätigkeiten? Wenn ja, welche und wann?</p>	
<p>6 Wenn Sie nicht bei uns Mitglied sind: Welcher Unfallversicherungsträger ist für Ihr Unternehmen zuständig? Wie lautet Ihre Unternehmensnummer?</p>	
<p>7 Bemerkungen oder Hinweise:</p>	

Für Rückfragen:

Meine Funktion im Unternehmen:

Meine Telefon-Nr.:

Meine Handy-Nr.:

Meine Fax-Nr.:

(Datum)

(Stempel und Unterschrift)