

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 dem Hörschaden 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

...

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/ Arbeitsbereich	Bitte machen Sie nähere Angaben über eine Exposition gegenüber Lärm am Arbeitsplatz.
			<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 nach dem Grundsatz G 20 (Lärm) durchgeführt?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> durch
3. Wie lauten Name und Anschrift Ihres Betriebsarztes?	
4. Wenn Sie nicht bei uns Mitglied sind: Welcher Unfallversicherungsträger ist für Ihr Unternehmen zuständig? Wie lautet Ihre Unternehmensnummer?	
5. Bemerkungen oder Hinweise:	

Für Rückfragen:

Meine Funktion im Unternehmen:

Meine Telefon-Nr.:

Meine Handy-Nr.:

Meine Fax-Nr.:

(Datum)

(Stempel und Unterschrift)

Az.: _____, Name: _____

Beiblatt

Angaben zur Lärmbelastung

- Angaben für andere Zeiträume bitte auf der Rückseite oder einem weiteren Beiblatt machen.

In welchen Abteilungen, Bereichen war der Versicherte eingesetzt?	vom - bis	Genaue Bezeichnung der ausgeübten Tätigkeit	Lärmeinwirkung	Durch welche Maschinen (Fabrikat, Typ), Werkzeuge, Anlagen wurde der Lärm verursacht?	Durchschnittliche Entfernung des Arbeitsplatzes zur hauptsächlichen Lärmquelle?	Umgebungsärm durch	Lärmmessung - personenbezogener äquivalenter Dauerschallpegel	Technische Schutzmaßnahmen/ persönliche Schutzausrüstung, wenn ja, Art:
Beispiel: Holzwerkstatt	20.03.1972 - 20.03.1973	Arbeiten an hand- bedienter Kreissäge	nein/ja *) 5 Tage wöchentlich 6 Std. täglich	Holzkreissäge (Typ _____)	1 Meter	andere Holzbearbeitungs maschinen	95 dB (A)	
			nein/ja *) __ Tage wöchentlich __ Std. täglich					
			nein/ja *) __ Tage wöchentlich __ Std. täglich					
			nein/ja *) __ Tage wöchentlich __ Std. täglich					
			nein/ja *) __ Tage wöchentlich __ Std. täglich					
			nein/ja *) __ Tage wöchentlich __ Std. täglich					

*) Nichtzutreffendes streichen

(Datum)

(Stempel und Unterschrift)