

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 Atemwegserkrankung 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 quarzhaltige Stäube 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 1 (mineralischer Staub) 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 zu der Einwirkung von quarzhaltigen Stäuben

Bitte geben Sie die Zeiträume sowie Art und Umfang gesundheitsgefährdender Einwirkungen an.
Angaben ggf. auf der Rückseite oder einem Beiblatt fortsetzen.

Zeitraum (von - bis)	Art der quarzhaltigen Stäube (z. B. Baustaub, Steinstaub, Formsandstaub, Keramikstaub, quarzhaltiger Schleifstaub)	Zeitanteil pro Schicht	Technische Schutzmaßnahmen/ persönliche Schutzausrüstung, wenn ja, Art?

(Datum)

(Stempel und Unterschrift)