

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 Stoffe/Einwirkungen, die allergisierend oder irritierend auf die Atemwege wirken.
			<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. 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:	

(Datum)

(Stempel und Unterschrift)

Az.: , Name:

Beiblatt

Ergänzende Fragen zu Stoffen/Einwirkungen

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

Tätigkeitszeitraum: vom bis

Fragen		Antworten					
1	Welchen Arbeitsstoffen war der Versicherte am eigenen Arbeitsplatz oder von benachbarten Arbeitsplätzen ausgesetzt?	Bezeichnung	In welcher Form			Zeitdauer je Arbeitsschicht	
		der Arbeitsstoffe	fest	flüssig	Dampf		Staub
		1.					
		2.					
		3.					
		4.					
1.1	Wurden Konzentrationsmessungen durchgeführt? Wenn ja, für welche Stoffe und mit welchem Ergebnis?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja					
2	Wie lauten die Handelsnamen und Anschriften der Hersteller bzw. Lieferanten dieser Arbeitsstoffe?						
3	War der Versicherte als Schweißer beschäftigt? Wenn ja, wie häufig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja					

Az.: , Name:

Fragen	Antworten
4 Welche technischen Schutzmaßnahmen waren vorhanden, welche persönlichen Schutzausrüstungen wurden getragen?	
5 Sind bei dem Versicherten während der Tätigkeit Atembeschwerden aufgetreten? Wenn ja, bei welchen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Für Rückfragen:

Meine Funktion im Unternehmen:

Meine Telefon-Nr.:

Meine Handy-Nr.:

Meine Fax-Nr.:

(Datum)

(Stempel und Unterschrift)