

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen:
Ihr Ansprechpartner:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

Datum:

Name, Vorname: geb.:

Gutachten BK 2301 (Lärmschwerhörigkeit)

1 Vorgeschichte

Wesentliche Zeitabschnitte mit Lärmexposition, nach den Unterlagen des Unfallversicherungsträgers:

1.1.1 Vgl. Datenblatt des IFA-ELD-Berechnungsprogramms

1.1.2 Bemerkungen:

1.1.3 Zeitpunkt der letzten arbeitsbedingten Lärmexposition:

1.2 Angaben des Untersuchten

1.2.1 Ergänzende Angaben zur Lärmexposition und Berufsvorgeschichte:

1.2.2 Relevante Ohrerkrankungen in der Familie:

1.2.3 Entwicklung der Schwerhörigkeit/aktuelle Beschwerden:

1.2.4 Entwicklung des Tinnitus/aktuelle Beschwerden:

kein Tinnitus vorhanden

...

Az.: , Name:

1.2.4.1 Entstehung:	rechts	links	beidseitig
<input type="checkbox"/> langsam entstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> plötzlich aufgetreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2.4.2 Belästigung:			
<input type="checkbox"/> nicht belästigend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> belästigend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie und wodurch?			

<input type="checkbox"/> sehr belästigend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie und wodurch?			

1.2.4.3 Behandlung:

keine ambulante und/oder stationäre Behandlung des Tinnitus.

Tinnitus wurde ambulant behandelt.

Tinnitus wurde stationär behandelt.

Bemerkungen:

1.2.5 Sonstige Angaben:

Gleichgewichtsstörungen/ Schwindel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?
Schädelunfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?
Infektiös-toxische Erkrankung (z. B. Mittelohrentzündung, Scharlach, Masern, Malaria, usw.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?
Gewerbetoxische Belastung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?
Ototoxische Medikamente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?
Wehrdienst mit Lärmbelastung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?
Knalltrauma, Explosion	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?
Lärmintensive Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?

Sonstiges:

Az.: , Name:

2 Befunde

2.1 Allgemeinzustand:

keine begutachtungsrelevanten Befunde

2.2 Welcher Befund liegt vor?

2.2.1 HNO-Status entsprechend Königsteiner Empfehlung:

2.2.2 Audiologischer Befund (vgl. Anlage „Audiologischer Befund“)

Bemerkungen:

2.2.3 OAE-Befund (vgl. Anlage „OAE-Befund“)

Bemerkungen:

2.3 Wie lautet die Diagnose?

2.3.1 ICD-Klassifikation:

3 Beurteilung (bitte ausführlich begründen)

3.1 Welche Hörschäden sind ursächlich auf berufliche Lärmeinwirkungen zurückzuführen?

3.2 Welche Hörschäden sind **nicht** ursächlich auf berufliche Lärmeinwirkungen zurückzuführen?

3.3 Wie hoch ist die MdE durch die Folgen der Berufskrankheit – gegebenenfalls inklusive Tinnitus – einzuschätzen?

MdE % ab

MdE % ab

Az.: , Name:

3.4 Halten Sie eine Nachuntersuchung für erforderlich?

- nein zum Zeitpunkt der Beendigung der Lärmarbeit
 ja, in Jahren (begründete Ausnahmefälle)
 ja, im Rahmen G 20 „Lärm“

3.5 Versorgung mit Hörgeräten zu Lasten des Unfallversicherungsträgers:

- nein ja
 die Kriterien der Hilfsmittel-Richtlinie sind erfüllt.

Bemerkungen zur Versorgung:

3.6 Maßnahmen der Individualprävention:

- nein
 Maßnahmen zur Verringerung der Lärmexposition am Arbeitsplatz
- verkürzte Fristen für Maßnahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge (G 20 „Lärm“)
 individuelle Beratung zum Gehörschutz und Kontrolle der Benutzung am Arbeitsplatz (BGI 823)
 Bereitstellung und Verwendung speziell ausgewählter Gehörschützer

Folgende Reha-Maßnahmen:

Der Untersuchte war hier am:

von Uhr bis Uhr

Ort, Datum

Institutionskennzeichen (IK) Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –
--

Unterschrift und Stempel

Anlage

- Akte/Vorgang
 Audiologischer Befund
 OAE-Befund
 Ton-/Sprachaudiogramm
 Sonstiges

Az.: , Name:

Audiologischer Befund

Tag der Untersuchung:

Untersuchende Stelle:

1 Hörweiten- und a¹ Stimmgabelprüfungen

WEBER bei 500 Hz
 re. med. li.

rechts

links

pos. neg.

RINNE

pos. neg.

_____ m Umg.-Sprache (Zahlwörter)

_____ m

_____ m Flü.-Sprache (Zahlwörter)

_____ m

Länge des Untersuchungsraumes

_____ m

2 Audiometrie (bitte im Original beifügen)

2.1 Tonaudiogramm

rechts

Hörverlust nach Røser 1980

links

_____ dB

Tonhörverlust bei 1 kHz

_____ dB

_____ dB

Summe der Hörverluste bei 2 u. 3 kHz

_____ dB

_____ %

Hörverlust

_____ %

2.2 Sprachaudiogramm (bitte im Original beifügen)

Hinweis: Prüfung der „Einsilbigen Wörter“ bei 60, 80 und 100 dB und bei 65 dB

rechts

links

Hörverlust für Zahlwörter: _____ dB

Hörverlust für Zahlwörter: _____ dB

Gesamtwortverstehen:

Gesamtwortverstehen:

einfach

gewichtet

einfach

gewichtet

60 dB _____ x 3 _____

60 dB _____ x 3 _____

80 dB _____ x 2 _____

80 dB _____ x 2 _____

100 dB _____ x 1 _____

100 dB _____ x 1 _____

Summe _____ Summe _____ : 2 = _____

Summe _____ Summe _____ : 2 = _____

= Hörverlust _____ %* = Hörverlust _____ %*

= Hörverlust _____ %* = Hörverlust _____ %*

* zur Berechnung des prozentualen Hörverlustes s. Abschnitt 4.3 der „Königsteiner Empfehlung“

2.3 Plausibilitätsprüfung (s. Abschnitt 4.1 der „Königsteiner Empfehlung“)

rechts

HV 0,25 kHz dB + HV 0,5 kHz dB + HV 1,0 kHz dB geteilt durch 3 dB

} Differenz dB

Hörverlust f. Zahlwörter

links

HV 0,25 kHz dB + HV 0,5 kHz dB + HV 1,0 kHz dB geteilt durch 3 dB

} Differenz dB

Hörverlust f. Zahlwörter

3 Weitere Methoden

3.1 Tympanometrie

rechts

links

offen normal abgeflacht

offen normal abgeflacht

Mittelohrdruck daPa

Mittelohrdruck daPa

3.2 STAPEDIUSREFLEX

rechts auslösbar nicht auslösbar - Metzrecruitment positiv negativ bei kHz

links auslösbar nicht auslösbar - Metzrecruitment positiv negativ bei kHz

Az.: , Name:

3.3 SISI

rechts: bei kHz % links: bei kHz %

3.4 LÜSCHER

rechts: bei kHz dB links: bei kHz dB

3.5 LANGENBECK

rechts: mündet ein weicht aus links: mündet ein weicht aus

3.6 Sonstige Tests

4 Bestimmung des Tinnitus

4.1 Bestimmung

rechts bei kHz, verdeckbar mit dB

links bei kHz, verdeckbar mit dB

Die Symbole bei Tinnitusbestimmung sind in das Tonaudiogramm einzutragen.

4.2 Ausprägung:

	rechts	links	beidseitig
zeitweilig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoher Ton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiefer Ton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pfeifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brummen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zischen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pulsierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Az.: , Name:

OAE-Befund

Tag der Untersuchung:

Untersuchende Stelle:

1.1 Untersuchte Ohren

beidseitig

rechts

links

1.2 Welche otoakustischen Emissionen (OAE) wurden gemessen?

DPOAE

TEOAE

beide

andere:

1.3 Welches Gerät wurde für die Messung benutzt?

Hersteller:

Gerätetyp:

Baujahr:

1.4 Ergebnisse der Untersuchung

Bitte dokumentieren Sie Ihre Ergebnisse in der Tabelle wie folgt:

OAE

- + vorhanden (Signal-Störschallabstand > 6 dB)
- nicht vorhanden (Signal-Störschallabstand < 6 dB)
- ∅ nicht messbar

Rechtes Ohr

DPOAE						TEOAE				
	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz	8000 Hz	9000 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz
OAE										

Linkes Ohr

DPOAE						TEOAE				
	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz	8000 Hz	9000 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz
OAE										

Anlage

Messergebnisse (Originaldatenblatt)