a

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | […] |  |  | Ihr Zeichen: |  | […] |
|  |  |  | Ihre Nachricht vom: |  | […] |
|  |  |  | Unser Zeichen: |  | […] |
|  |  |  | Ihre Ansprechperson: |  | […] |
|  |  |  | Telefon: |  | […] |
|  |  |  | Fax: |  | […] |
|  |  |  | E-Mail: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Datum: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |

Betriebsärztlicher Gefährdungsbericht Haut (BK-Nr. 5101)

[ ]  **Erstmeldung einer arbeitsbedingten Hauterkrankung**

[ ]  **Bericht im Rahmen der Aufklärung und Beratung nach § 9 Abs. 4 SGB VII**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Angaben zur erkrankten Person** |
| 1.1 | Name, Vorname:  | 1.5 | Geburtsdatum: […] |
|  | […] | 1.6 | Telefon-Nr.: |
| 1.2 | Anschrift: |  | […] |
|  | […] | 1.7 | Geschlecht: |
| 1.3 | Staatsangehörigkeit: […] |  | […] |
| 1.4 | Name und Anschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers (der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule): |
|  | […] |
| **2** | **Angaben zur Erwerbstätigkeit** |
| 2.1 | Derzeitige Tätigkeit (Angaben zu den Hautbelastungen unter 3): […] |
| 2.2 | Seit wann ausgeübt: […] |
| 2.3 | Übt die versicherte Person eine Nebentätigkeit aus? |
|  | [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] |

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | **Angaben zu Hautbelastungen/den vermuteten Krankheitsursachen** |
| 3.1 | Kontakt zu hautschädigenden Arbeitsstoffen (nach Möglichkeit konkret benennen): |
|  | […] |
|  | Bemerkungen (auch zur Verschmutzung oder zu irritativen Hautbelastungen): |
|  | […] |
| 3.2 | Feuchtarbeit (ohne Okklusionszeiten): […] Stunden pro Tag |
|  | Bemerkungen: |
|  | […] |
| 3.3 | Handschuhtragezeiten (nur Okklusionszeiten): […] Stunden pro Tag |
|  | Bemerkungen: |
|  | […] |
| 3.4 | Handwaschfrequenz (Häufigkeit pro Schicht): […] |
| 3.5 | Bestehen **außerberuflich** nennenswerte Hautbelastungen (Haushalt, Hobbies, Gartenarbeit, Pflege von Angehörigen usw.)? |
|  | [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] |

|  |  |
| --- | --- |
| **4** | **Schutzmaßnahmen** |
| 4.1 | Persönliche Schutzmaßnahmen (bisher): |
|  |  Handschuhe: [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |
|  |  Hautschutzmittel: [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |
|  |  Hautreinigungsmittel [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |
|  |  Hautpflegemittel [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |
|  | Bemerkungen: |
|  | […] |
| **5** | **Hauterscheinungen** |
| 5.1 | Befund/Beschwerden: |
|  | […] |
| 5.2 | Seit wann bestehen die Hauterscheinungen? […] |
| 5.3 | Stehen die Hauterscheinungen im zeitlichen Zusammenhang mit arbeitsbedingten Einwirkungen? |
|  | [ ]  Nein | [ ]  Ja | [ ]  Derzeit nicht sicher beurteilbar |
| 5.4 | Sind die Hauterscheinungen wiederholt aufgetreten? |
|  | [ ]  Nein | [ ]  Ja |
| 5.5 | Bestehen bei der/dem Erkrankten anlagebedingte Hauterkrankungen? |
|  | [ ]  Nein | [ ]  Ja, welche? […] |
| 5.6 | Dermatologische Behandlung |
|  | [ ]  erfolgt seit […] | bei […] |
|  | [ ]  wurde veranlasst |
|  | [ ]  bisher keine dermatologische Behandlung |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] |

|  |  |
| --- | --- |
| 5.7 | Wo bestehen die Hauterscheinungen? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| rechts-a1**R****L****dorsal** | links-a1 |  |
| **R**L**palmar**rechts-b1 | links-b1 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] |

|  |  |
| --- | --- |
| **6** | **Präventionsmaßnahmen** |
| 6.1 | [ ]  Ich habe folgende Präventionsmaßnahmen veranlasst: [ ]  s. Vorbericht |
|  | Am […] Maßnahme: […] |
|  | Am […] Maßnahme: […] |
|  | Am […] Maßnahme: […] |
| 6.2 | [ ]  Ich habe folgende Präventionsmaßnahmen geplant: […] |
|  | Ab […] Maßnahme: […] |
|  | Ab […] Maßnahme: […] |
|  | Ab […] Maßnahme: […] |
| 6.3 | [ ]  Ich schlage folgende Präventionsmaßnahmen durch den UV-Träger vor |
|  | [ ]  Hautschutzoptimierung erforderlich durch: […] |
|  | [ ]  Beratung der versicherten Person durch einen Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin des UVT zu folgenden Sachverhalten: […] |
|  | [ ]  Hautschutztraining/Ambulantes Hautschutzseminar |
|  | [ ]  Stationäre Heilbehandlung |
|  | [ ]  Weitere Maßnahmen (auch im privaten Bereich) |
|  | […] |
| **7** | **Fortsetzung der hautbelastenden Tätigkeiten** |
|  | Das Fortsetzen der zur Erkrankung führenden hautbelastenden Tätigkeiten mithilfe angemessener Therapie- und Präventionsmaßnahmen ist |
|  | [ ]  aus betriebsärztlicher Sicht möglich. |
|  | [ ]  aus betriebsärztlicher Sicht nicht möglich, weil […]. |
|  | [ ]  Am […] erfolgte eine Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz ohne weitere Hautbelastung. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| […] |  |  |
| (Datum) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | […] |
| (Unterschrift der Betriebsärztin/des Betriebsarztes) |  | (Anschrift/Stempel der Betriebsärztin/des Betriebsarztes/des Betriebsärztlichen Dienstes) |

**Erklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass diese Angaben an den zuständigen Unfallversicherungsträger und an meine behandelnde Ärztin/meinen behandelnden Arzt übermittelt werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| […] |  |  |
| (Datum) |  | (Unterschrift der erkrankten Person) |

|  |
| --- |
| **Institutionskennzeichen (IK)** |
| […]**Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) – |