

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

Datum:

## Betriebsärztlicher Gefährdungsbericht Haut (BK 5101)

### 1 Angaben zur Person

1.1 Name, Vorname: geb. am:

1.2 Anschrift: Telefon-Nr.:

1.3 Name und Anschrift des Arbeitgebers (der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen):

### 2 Angaben zu Beschäftigungen

2.1 Derzeitige Tätigkeit:

2.2 Seit wann ausgeübt:

2.3 Vorherige Tätigkeit:

...

### 3 Angaben zu Hautbelastungen/Schutzmaßnahmen

#### 3.1 Arbeitsstoffe:

Bemerkungen:

#### 3.2 Feuchtarbeit:

Keine

< 2 Stunden

≥ 2 Stunden

Bemerkungen:

#### 3.3 Verschmutzung durch:

Gering

Mittel

Stark

Bemerkungen:

#### 3.4 Persönliche Schutzausrüstung:

- Handschuhe:  Nein  Ja Wenn ja, welche?

- Hautschutzmittel:  Nein  Ja Wenn ja, welche?

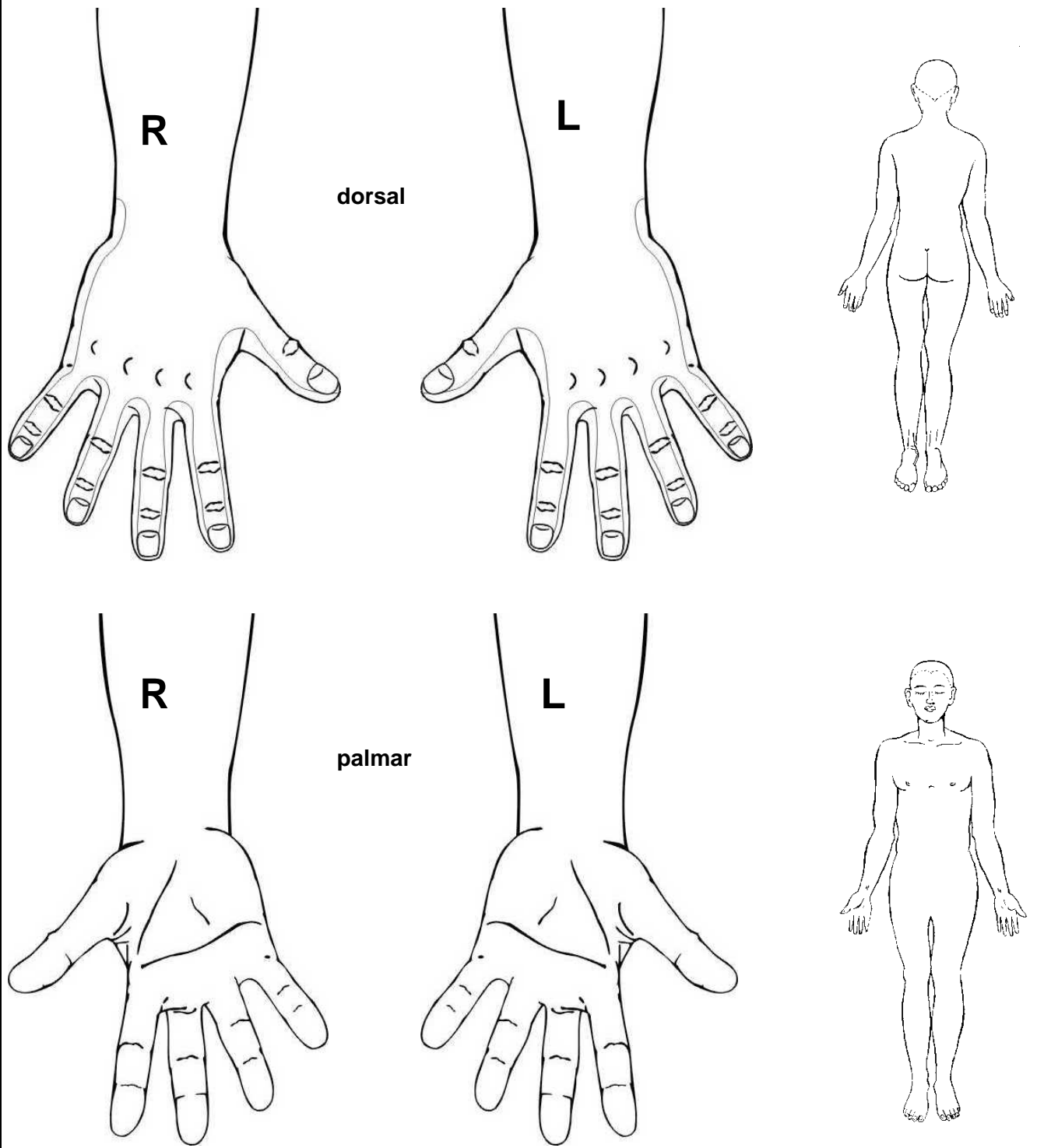
- Hautreinigungsmittel:  Nein  Ja Wenn ja, welche?

- Hautpflegemittel:  Nein  Ja Wenn ja, welche?

Bemerkungen:

#### 4 Hauterscheinungen

##### 4.1 Wo bestehen die Hauterscheinungen?



- 4.2 Seit wann bestehen die Hauterscheinungen?
- 4.3 Sind Hautareale betroffen, die durch arbeitsbedingte Einwirkungen belastet sind?  
 Nein  Ja  Derzeit nicht sicher beurteilbar.
- 4.4 Stehen die Hauterscheinungen im zeitlichen Zusammenhang mit arbeitsbedingten Einwirkungen?  
 Nein  Ja  Derzeit nicht sicher beurteilbar.

**5 Präventionsmaßnahmen**

- Ich habe folgende Präventionsmaßnahmen veranlasst:  
 Ich schlage folgende Präventionsmaßnahmen vor:

**6 Vorstellung bei einem Dermatologen**

- Die Vorstellung erfolgte bei dem Dermatologen:  
 Bisher erfolgte noch keine Vorstellung bei einem Dermatologen

**7 Aktuelle Arbeitsplatzsituation/Zwang zur Aufgabe der hautbelastenden Tätigkeit**

- Die Beschäftigung erfolgt auch weiterhin am bisherigen Arbeitsplatz; ein Zwang zur Tätigkeitsaufgabe besteht unseres Erachtens nicht.
- Am \_\_\_\_\_ erfolgte eine Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz ohne weitere Hautbelastung. Ein Zwang zur Tätigkeitsaufgabe besteht unseres Erachtens nicht. Aufgrund der Umsetzung ist ein wirtschaftlicher Nachteil entstanden:  
 Nein  Ja  Nicht bekannt
- Unseres Erachtens besteht der Zwang zur Aufgabe der hautbelastenden Tätigkeit.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Betriebsarztes)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift/Stempel des Betriebsarztes/  
Betriebsärztlichen Dienstes)

**Erklärung**

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

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

**Institutionskennzeichen (IK)**

Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –