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

Datum:

Bericht Hautkrebs BK-Nr. 5103

1	**Angaben zur versicherten Person**	
1.1	Name, Vorname:	Geburtsdatum:
1.2	Anschrift:	Telefon-Nr.: Geschlecht:
1.3	Staatsangehörigkeit:	
1.4	Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin (der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule):	
1.5	Krankenkasse (bei Familienversicherten – Name des Mitglieds):	

2 **Diagnosen und Krankheitsverlauf**

Bitte machen Sie detaillierte Angaben zur beruflichen Hautkrebserkrankung in der nachfolgenden Verlaufs- und Übersichtstabelle seit die versicherte Person bei Ihnen in Behandlung ist.

Hinweis: Bitte achten Sie darauf, immer nur die zum Untersuchungszeitpunkt jeweils **neu** aufgetretenen Hautveränderungen anzugeben. Konnte bei Hautveränderungen unter Therapie keine Komplettremission erreicht werden, sind auch die fortbestehenden und erneut zu behandelnden Hautveränderungen anzugeben.

Bitte dokumentieren Sie die Lokalisation der Carcinomata in situ bzw. der Plattenepithel-, Bowen- und Basalzellkarzinome zusätzlich auf dem anliegenden Piktogramm (Beiblatt). Im Einzelfall kann auch eine Fotodokumentation sinnvoll sein (s. a. DGUV Leitfaden „Honorare in der Berufsdermatologie“, Anlage 3 auf https://www.dguv.de, webcode d649737; Vergütung nach UV-GOÄ-Nr. 738).

...

Name, Vorname:	Geburtsdatum:

Tag der Untersuchung	Lokalisation	Diagnose	Anzahl der Hauterscheinungen/ Ausmaß der Feldkanzerisierung	Histologie		Behandlung - Welche? - Von/Bis
				Nein/Ja	Wann	

Name, Vorname:	Geburtsdatum:

3	**Carcinomata in situ** (bei der BK-Nr. 5103 Aktinische Keratosen bzw. M. Bowen)			
3.1	Nur bei der BK-Nr. 5103: Datum des erstmaligen Vorliegens von **multiplen** aktinischen Keratosen (> 5 innerhalb von 12 Monaten) oder einer Feldkanzerisierung (> 4 cm^2): Am			
3.2	Krankheitsaktivität bei Carcinomata in situ (bei der BK-Nr. 5103 aktinische Keratosen bzw. M. Bowen)			
3.2.1	Neuauftreten von mehr als 20 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten	☐ Nein	☐ Ja, ab	
3.2.2	Bestehen einer oder mehrerer klinisch sichtbarer relevanter Feldkanzerisierung(en) von in der Summe mehr als 50 cm^2	☐ Nein	☐ Ja, ab	
4	**Plattenepithelkarzinome**			
4.1	Datum der erstmaligen Diagnose eines Plattenepithelkarzinoms: Histologie ist beigefügt	☐ Nein, anzufordern bei: ☐ Ja		
4.2	Krankheitsaktivität bei Plattenepithelkarzinomen Auftreten von mindestens zwei Plattenepithelkarzinomen innerhalb eines Zeitraums:			
4.2.1	Von 2 Jahren	☐ Nein	☐ Ja	☐ Nicht bekannt
4.2.2	Von 2 – 4 Jahren	☐ Nein	☐ Ja	☐ Nicht bekannt
5	**Basalzellkarzinome (BZK)** Nicht Gegenstand der BK-Nr. 5103 (UV-Strahlung) Nur bei Verursachung durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe (BK-Nr. 5102); Arsen und seine Verbindungen (BK-Nr. 1108) oder ionisierender Strahlung (BK-Nr. 2402)			
5.1	Datum der erstmaligen Diagnose des Basalzellkarzinoms: Histologie ist beigefügt	☐ Nein, anzufordern bei: ☐ Ja		
5.2	Krankheitsaktivität bei Basalzellkarzinomen			
5.2.1	Auftreten von zwei Basalzellkarzinomen innerhalb eines Zeitraums von 2 Jahren			
	☐ Nein	☐ Ja, erstes BZK am	☐ zweites BZK am	
5.2.2	Auftreten von mehr als zwei Basalzellkarzinomen innerhalb eines Zeitraums von 2 Jahren			
	☐ Nein	☐ Ja, weiteres BZK am		

Name, Vorname:	Geburtsdatum:

6 **Ergänzender Hautbefund**

6.1 Liegen Zeichen einer chronischen Lichtschädigung der Haut vor, ggf. an welchen Körperstellen?
(z. B. tiefe Falten, einschließlich Cutis rhomboidalis nuchae, Teleangiektasien, Hypo- und Hyperpigmentierungen, Atrophie u. a., ggf. auch außerhalb des von aktinischen Keratosen betroffenen Bereichs)

6.2 Liegen Zeichen einer „Teer- oder Pechhauterkrankung“ (Follikulitiden, Teerakne, bräunlich diffuse Pigmentierung, Hyperkeratosen usw.) vor, ggf. an welchen Körperstellen?

7 **Risikofaktoren**

Für welche Risikofaktoren (z. B. Medikamenteneinnahme [Lichtempfindlichkeit], Immunsuppression, Pigmentierungsdefekte, gestörte DNA Reparaturmechanismen, Phototherapien u. a.) ergeben sich Anhaltspunkte?

8 **Spezielle Krankheitsfolgen**

Liegen bei der versicherten Person spezielle Krankheitsfolgen vor?
Wenn ja, welche (z. B. kosmetische oder funktionelle Entstellung durch Tumorentfernung, nicht vollständige Entfernung der Tumore aufgrund Lokalisation oder Ausdehnung, Metastasierung etc.)?

9 **Medizinische Unterlagen**

Bitte übersenden Sie uns sämtliche, die o. g. Erkrankungen betreffenden Behandlungs- und Befundberichte, stationären Entlassungsberichte, histologischen Befundberichte, OP-Berichte sowie Fotodokumentationen. Sollten Ihnen die Unterlagen nicht zur Verfügung stehen, nennen Sie uns bitte Namen und Anschrift der Stelle, bei der wir diese anfordern können.

Name der Ärztin/des Arztes/Krankenhauses:

Anschrift:

...

Name, Vorname:	Geburtsdatum:

Datenschutz

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Rechnung

Berichtsgebühr nach Nr. 135 UV-GOÄ		EUR
Porto		EUR
	Zusammen	EUR

Rechnungsnummer	**Institutionskennzeichen (IK)** **Falls kein IK** – Bankverbindung (IBAN) –

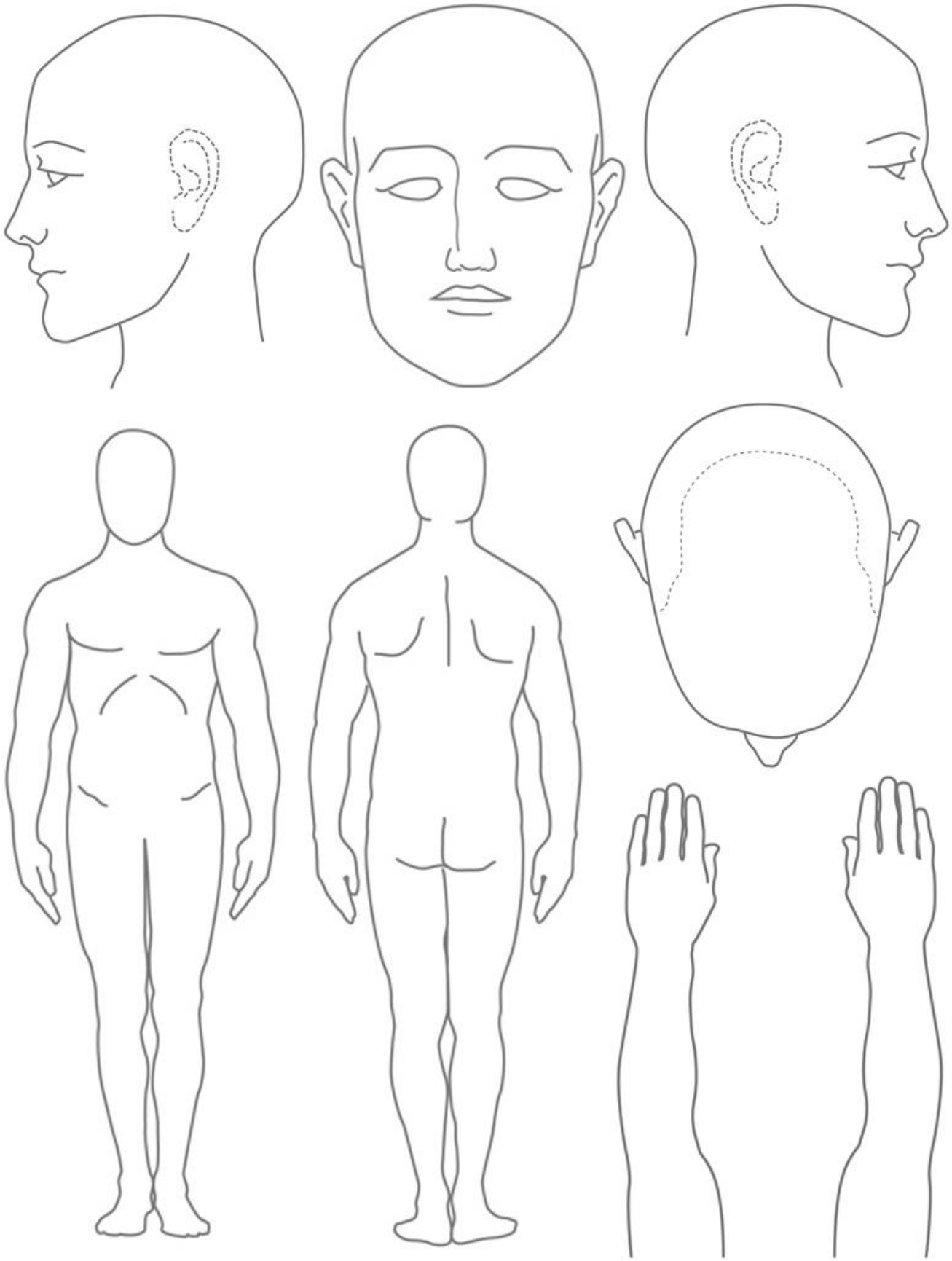
Datum, Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Anschrift/Stempel der Ärztin/des Arztes

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 135) und Auslagen nach der UV-GOÄ.

Verteiler
Unfallversicherungsträger
Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin

...

Name, Vorname:	Geburtsdatum:

Beiblatt Hautbefunde zur Übersicht (Tabelle auf Seite 2):