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

Datum:

Nachsorgebericht Hautkrebs BK-Nr. 5103

1 **Angaben zur versicherten Person**

1.1 Name, Vorname: Geburtsdatum:

1.2 Anschrift:

2 **Angaben zur beruflichen Beschäftigung** ☐ Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

2.1 Erwerbstätigkeit

☐ Nein, weiter mit 3.3

☐ Ja, ggf. welche Tätigkeit?

2.2 Seit wann ausgeübt:

2.3 Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin:

3 **Angaben zu UV-Exposition, Risikofaktoren und Sonnenschutz**

3.1 Ausübung einer **Erwerbstätigkeit**: Besteht eine Exposition gegenüber solarer UV-Strahlung?

☐ Nein, weiter mit 3.3

☐ Ja, ggf. bei welchen Tätigkeiten?

3.2 Wird am Arbeitsplatz **Sonnenschutz** angewendet?

☐ Nein

☐ Ja, ggf. in welcher Form (Kopfbedeckung, langärmelige Kleidung, Sonnencreme)?

3.3 Wird in der Freizeit Sonnenschutz angewendet?

☐ Nein

☐ Ja, ggf. in welcher Form?

...

Name, Vorname:	Geburtsdatum:

4 **Empfehlungen zum Sonnenschutz**

4.1 Sind die **beruflich** verwendeten Sonnenschutzmaßnahmen und –mittel ausreichend?

☐ Nein. Es wurden ärztlicherseits folgende Empfehlungen gegeben:

☐ Ja

4.2 Sind die in der **Freizeit** verwendeten Sonnenschutzmaßnahmen und –mittel ausreichend?

☐ Nein. Es wurden ärztlicherseits folgende Empfehlungen gegeben:

☐ Ja

4.3 Eine Sonnenschutzberatung, insbesondere zu den ausgesprochenen Empfehlungen ist im Rahmen der Nachsorgeuntersuchung erfolgt:

☐ Nein, weil:

☐ Ja, ggf. mit folgenden Schwerpunkten:

5 **Angaben zur Erkrankung** – Verlauf seit letzter Berichterstattung

5.1 Datum der letzten Berichterstattung:

5.2 Bitte machen Sie detaillierte Angaben bzgl. der Nachsorge der Hautkrebserkrankung in der nachfolgenden Verlaufs- und Übersichtstabelle seit der letzten Berichterstattung.
Bitte geben Sie die jeweils zum Untersuchungszeitpunkt **neu** aufgetretenen Hautveränderungen in der unten stehenden Übersicht an. 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 Aktinischen Keratosen (AK) bzw. der Plattenepithelkarzinome (PEK) zusätzlich auf dem beiliegenden Piktogramm (Beiblatt) bzw. übersenden Sie Fotos.

Hinweis: Hautkrebserkrankungen an nicht beruflich exponierten Körperstellen dürfen nicht zu Lasten des UV-Trägers behandelt werden!

...

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:

6 **Geplante Therapien**

☐ Exzision

☐ Medikamentöse Therapie, ggf. welche

☐ Kryotherapie

☐ Kürettage

☐ PDT

☐ Laser

☐ Sonstige Therapien

☐ Keine Therapie

6.1 Bestehen Hinweise auf Umsetzungs- und Compliancestörungen im bisherigen Therapieverlauf?

☐ Nein

☐ Ja, ggf. welche?

7 **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.)?

8 **Nächster Kontrolltermin**

Datum:

Name, Vorname:	Geburtsdatum:

Bitte übersenden Sie uns Ihnen vorliegende Arztbriefe und histologische Befunde bzgl. der Hautkrebserkrankung.

Datenschutz

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Rechnung

Berichtsgebühr nach Nr. 135a UV-GOÄ		EUR
Abrechnung vorheriger Konsultationen nach Nr. 1 UV-GOÄ		EUR
Porto		EUR
	Zusammen	EUR

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

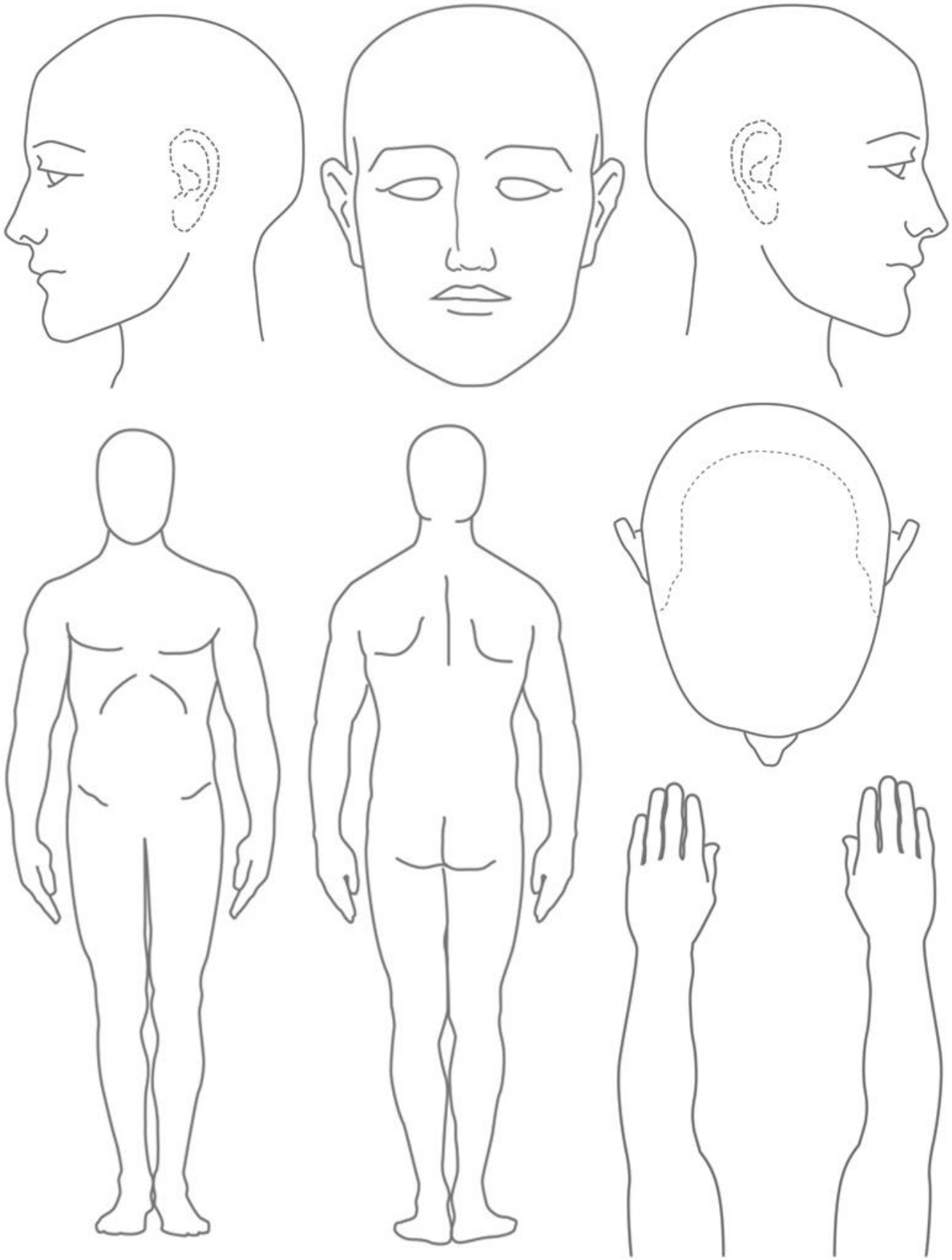
Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Anschrift/Stempel des Arztes/der Ärztin

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 135a) und Auslagen nach der UV-GOÄ. Darin enthalten sind die Ganzkörperuntersuchung mit Auflichtmikroskopie sowie die weiterführende Untersuchung und Beratung nach Nr. 1 bzw. Nr. 2 UV-GOÄ.

Verteiler
Unfallversicherungsträger
Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt

...

Name, Vorname:	Geburtsdatum:

Beiblatt Hautbefunde zur Übersicht (Tabelle auf Seite 3):