

[...]

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

## Verlaufsbericht § 3 BKV bei Atemwegserkrankungen

### 1 Angaben zur versicherten Person

1.1 Name, Vorname:

[...]

Geburtsdatum:

[...]

### 2 Angaben zur Erwerbstätigkeit

Keine Veränderungen

2.1 Derzeitige Tätigkeit:

[...]

2.2 Seit wann ausgeübt: [...]

2.3 Name/Adresse der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers:

[...]

2.4 Gewerbe: [...]

### 3 Angaben Atemwegsbelastungen am Arbeitsplatz

Keine Veränderungen

3.1 Arbeitsstoffe/Arbeitsverfahren/Belastungen z. B. durch Stäube, Rauche, Gase, Allergene:

[...]

[...] Stunden pro Tag

Bemerkungen:

[...]

3.2 Berichtet die versicherte Person über tätigkeitsunabhängige Atemwegsbelastungen?

Nein

Ja, folgende: [...]

3.3 Klingen die Atemwegsbeschwerden in arbeitsfreier Zeit ab?

Nein

Ja, folgende: [...]

Name, Vorname:

[...]

Geburtsdatum:

[...]

#### 4 Angaben zu Schutzmaßnahmen

##### 4.1 Persönliche Schutzausrüstung - Tragen von Atemschutzmasken

- Nein, weil [...]  Ja, welche? [...]  Keine Veränderungen

Bemerkungen:

[...]

##### 4.2 Organisatorische Schutzmaßnahmen (z. B. geänderte Arbeitsabläufe) am Arbeitsplatz?

- Nein, weil [...]  Ja, welche? [...]  Keine Veränderungen

Bemerkungen:

##### 4.3 Technische Schutzmaßnahmen?

- Nein, weil [...]  Ja, welche? [...]  Keine Veränderungen

Bemerkungen:

[...]

#### 5 Angaben zur Erkrankung

Keine Veränderungen

##### 5.1 Verlauf seit letzter Berichterstattung (z. B. ärztliche Behandlung aufgrund der Atemwegserkrankung, Beschwerdeverlauf, Medikamente)

[...]

##### 5.2 Aktueller Atemwegsbefund/klinischer Befund:

[...]

Lungenfunktionsprüfung:

[...]

Befunde, **soweit vorhanden**, bitte beifügen: z. B. Spirometrie, Bodyplethysmographie, Broncholyse-Test, Blutgasanalyse in Ruhe und unter Belastung, CO-Diffusion, Methacholintest, FeNO, Allergietests (Pricktest, spez. IgE).

##### 5.3 Hinweise auf allergische Erkrankungen? Testprotokolle, soweit vorhanden, bitte beifügen.

- Nein  Ja, folgende: [...]  Nicht bekannt

##### 5.4 Besteht/bestand wegen der tätigkeitsbezogenen Atemwegsbeschwerden Arbeitsunfähigkeit?

- Nein  Ja, Zeiträume: [...]

##### 5.5 Gibt es anamnestisch Hinweise auf eine bronchiale Hyperreagibilität (Atemnot bei der Wahrnehmung von Gerüchen, Wärme, Kälte, körperlicher Belastung etc.)?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

##### 5.6 Ist die versicherte Person Raucherin/Raucher?

- Nie  Ex, [...] PY (Packungsjahre)  
[...] Zigaretten pro Tag von [...] (MM/JJJJ) bis [...] (MM/JJJJ)

##### 5.7 Sonstiger Befund

[...]

#### 6 Welche Diagnose(n) haben Sie erhoben?

[...]

Name, Vorname:

[...]

Geburtsdatum:

[...]

## 7 Therapie und Präventionsempfehlungen

### 7.1 Therapie:

Welche Medikamente sind wegen der tätigkeitsbezogenen Atemwegsbeschwerden erforderlich und wurden verordnet?

[...]

Wie oft (konkrete Daten angeben) stellte sich die versicherte Person seit dem Behandlungsauftrag bzw. dem letzten Verlaufsbericht bei Ihnen vor?

[...]

### 7.2 Präventionsempfehlungen

- Beratung der versicherten Person durch eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter des UVT
- Teilnahme an einem Gesundheitsseminar
- Stationäre Heilbehandlung zu Lasten des UVT
- Empfehlungen zum Tragen von Schutzausrüstungen am Arbeitsplatz
- Sonstige Maßnahmen

### 7.3 Tätigkeitswechsel notwendig?

- Nein
- Ja, warum? Ggf.: Sehen Sie durch die weitere Ausübung der Tätigkeit eine ernsthafte Gefahr für Leib und Leben der versicherten Person? [...]

Bemerkungen:

[...]

#### Datenschutz:

Sofern die Behandlung noch andauert, habe ich die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

## Rechnung

Porto

[...] EUR

[...] EUR

zusammen

[...] EUR

Rechnungsnummer

[...]

Institutionskennzeichen (IK)

[...]

Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

[...]

Anschrift/Stempel des Arztes/der Ärztin

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 118) und Auslagen nach der UV-GOÄ.