

ANZEIGE DER UNTERNEHMERIN/DES UNTERNEHMERS BEI ANHALTSPUNKTEN FÜR EINE BERUFSKRANKHEIT

1 Name und Anschrift des Unternehmens		2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers	
3 Empfänger/-in			
4 Name, Vorname der versicherten Person		5 Geburtsdatum : Tag : Monat : Jahr :	
6 Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort
7 Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	8 Staatsangehörigkeit		9 Leiharbeiter/-in <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10 Auszubildende/-r <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	11 Die versicherte Person ist <input type="checkbox"/> Unternehmer/-in <input type="checkbox"/> mit der Unternehmerin/ dem Unternehmer: <input type="checkbox"/> Gesellschafter/-in <input type="checkbox"/> verheiratet Geschäftsführer/-in <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwandt		
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen		13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)	
14 Welche Krankheitserscheinungen liegen vor, die Anhaltspunkte für die Anzeige bilden? Welche Beschwerden äußert die versicherte Person? Auf welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe führt die versicherte Person die Beschwerden zurück?			
15 Welche gefährdenden Tätigkeiten hat die versicherte Person ausgeübt? Welchen gefährdenden Einwirkungen und Stoffen war die versicherte Person bei der Arbeit ausgesetzt?			
16 Wurde arbeitsmedizinische Vorsorge durchgeführt? Wenn ja, durch wen und wann?			
17 Wurden die unter Nummer 15 genannten Gefährdungsfaktoren am Arbeitsplatz der versicherten Person überprüft (z. B. Gefährdungsbeurteilung, Messungen)? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?			
18 Datum	Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)		Betriebsrat (Personalrat)
			Telefon-Nr. für Rückfragen