

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 <input type="checkbox"/> Geschäftsführer/-in <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwandt		
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für [..] 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