|  |
| --- |
|  |

Erkrankung […], geb. […]

- bei Ihnen beschäftigt vom […] bis […]

Anrede

wir prüfen, ob eine Erkrankung durch Lösungsmittel vorliegt. Dabei sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen.

Bitte beantworten Sie unsere Fragen und senden Sie die Unterlagen bald zurück.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Unsere Anfrage stützt sich auf die §§ 191, 192 Sozialgesetzbuch VII.

Mit freundlichen Grüßen

Az.: […], Name: […]

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Von wann bis wann (bitte genaue Angaben) war der Versicherte beschäftigt, und welche Tätigkeiten hat er ausgeübt?**Angaben ggf. auf der Rückseite oder einem Beiblatt fortsetzen.** |
|  |  |
|  |  |  |  |
| von/bis | Art der ausgeübten Tätigkeiten | Betriebsteil | Bitte machen Sie nähere Angaben zu einem Kontakt mit lösungsmittelhaltigen Arbeitsstoffen. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| […] | […] | […] | [ ]  s. Beiblatt |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| […] | […] | […] | [ ]  s. Beiblatt |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| […] | […] | […] | [ ]  s. Beiblatt |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 2 | Wann und durch wen wurden Einstellungs- bzw. Personaluntersuchungen und/oder arbeits­medizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt? | [ ]  keine[ ]  am […][ ]  durch […] |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 3 | Wann und durch wen wurden wegen beruflicher Lösungsmittelkontakte ärztliche Untersuchungen durchgeführt? | [ ]  keine[ ]  am […][ ]  durch […] |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 4 | Art und Umfang der Einwirkung |  |
|  |  |  |
| 4.1 | Wo wurden lösungsmittelhaltige Arbeitsstoffe überwiegend verarbeitet? | [ ]  im Freien[ ]  in geschlossenen Räumen[ ]  in Kabinen |
|  |  |  |

Az.: […], Name: […]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| 4.2 | Wie wurden die lösungsmittelhaltigen Arbeitsstoffe verarbeitet? | [ ]  gespritzt[ ]  gestrichen | [ ]  gerollt[ ]  als Tauchbad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 4.3 | War der Versicherte Lösungsmitteleinwirkungen von anderen Arbeitsplätzen ausgesetzt? | [ ]  Nein | [ ]  Ja |
|  |  |  |
|  | Falls ja, in welcher Form? | […] |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
| 4.4 | Wurden Konzentrationsmessungen durchgeführt? | [ ]  Nein | [ ]  Ja |
|  |  |  |
|  | Falls ja, durch wen? | durch […] |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 5 | Wie lauten Name und Anschrift Ihres Betriebsarztes? | […] |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 6 | Wenn Sie nicht bei uns Mitglied sind:Welcher Unfallversicherungsträger ist für Ihr Unternehmen zuständig?Wie lautet Ihre Unternehmensnummer? | […] |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 7 | Bemerkungen oder Hinweise: | […] |
|  |  |  |

Für Rückfragen:

|  |  |
| --- | --- |
| Meine Funktion im Unternehmen: | […] |
| Meine Telefon-Nr.: | […] |
| Meine Mobil-Nr.: | […] |
| Meine Fax-Nr.: | […] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| […] |  |  |
| (Datum) |  | (Stempel und Unterschrift) |

Az.: […], Name: […]

**Beiblatt**

**Angaben zur Lösungsmittelbelastung**

**- Angaben für andere Zeiträume bitte auf der Rückseite oder einem weiteren Beiblatt machen.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tätigkeitszeitraum: vom** | […] | **bis** | […] |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Bestand Umgang mit folgenden **Arbeitsstoffen**? | Nein | Ja | Wenn ja, Zeitanteil pro Schicht | Einwirkung bei Arbeitsvorgang | Produktname | Enthaltene Lösungsmittel | Technische Schutzmaßnahmen/ persönliche Schutzausrüstung |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Reinigungsmitteln: | […] | […] | […] | […] | […] | […] | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Abbeizer, Lacke, Farben: | […] | […] | […] | […] | […] | […] | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Holzschutzmittel: | […] | […] | […] | […] | […] | […] | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Klebstoffe, Gummi-, Kunststofflöser: | […] | […] | […] | […] | […] | […] | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Desinfektionsmittel,Laborchemikalien: | […] | […] | […] | […] | […] | […] | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Sonstige: | […] | […] | […] | […] | […] | […] | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| 2. | Sind während des Umgangs akute Beschwerden aufgetreten?(z. B. Schwindel, Atembeschwerden, rauschartige Zustände) | [ ]  Nein | [ ]  Ja | Wenn ja, welche?  |
|  |  |
|  | […] |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| […] |  |  |
| (Datum) |  | (Stempel und Unterschrift) |