

Erkrankung [...], geb. [...]
- bei Ihnen beschäftigt vom [...] bis [...]

Anrede

wir prüfen, ob es sich bei den Handgelenksbeschwerden um eine Berufskrankheit handelt. 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 die versicherte Person beschäftigt, und welche Tätigkeiten hat sie ausgeübt?

Angaben ggf. auf der Rückseite oder einem Beiblatt fortsetzen.

Vom - Bis (TT.MM.JJJJ)	Art der ausgeübten Tätigkeiten:	Einwirkungen: Beinhalten die Tätigkeiten häufige Wiederholungen mit Beugung und Streckung der Handgelenke, erhöhten Kraftaufwand der Hände oder Hand-Arm-Schwingungen
[...]	[...]	<input type="checkbox"/> siehe Beiblatt
[...]	[...]	<input type="checkbox"/> siehe Beiblatt
[...]	[...]	<input type="checkbox"/> siehe Beiblatt

2.	Liegen für die ausgeübten Tätigkeiten im Hinblick auf eine mögliche Handgelenksbelastung Gefährdungsbeurteilungen nach Arbeitsschutzgesetz vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
3.	Wann und durch wen wurden Einstellungs- bzw. Personaluntersuchungen und/oder arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> am [...] <input type="checkbox"/> durch [...]
4.	Wie lauten Name und Anschrift Ihrer Betriebsärztin/Ihres Betriebsarztes?	[...]
5.	Hat die versicherte Person über Handgelenksbeschwerden geklagt?	[...]
6.	Sind Unfälle oder Verletzungen des Handgelenks bekannt geworden?	[...]
7.	Wenn Sie nicht bei uns Mitglied sind: Welcher Unfallversicherungsträger ist für Ihr Unternehmen zuständig? Wie lautet Ihre Unternehmensnummer?	[...]

Az.: [...], Name: [...]

8.	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 zu Einwirkungen

Bitte geben Sie die Zeiträume sowie Art und Umfang der Einwirkungen an.

Angaben ggf. auf der Rückseite oder einem Beiblatt fortsetzen.

Vom - Bis (TT.MM.JJJJ - TT.MM.JJJJ)	Art der Einwirkungen	Zeitanteil pro Schicht	Schichten pro Woche
[...]	[...]	[...]	[...]
[...]	[...]	[...]	[...]
[...]	[...]	[...]	[...]
[...]	[...]	[...]	[...]
[...]	[...]	[...]	[...]
[...]	[...]	[...]	[...]
[...]	[...]	[...]	[...]
[...]	[...]	[...]	[...]

[...]

(Datum)

(Stempel und Unterschrift)