

Arbeitsmedizinische Vorsorge

bei Tätigkeiten mit Hartholzstaub (DGUV Empfehlung „Hartholzstaub“)

Angaben zur Person der/des Versicherten					
Rentenversicherungs-Nr.		Geburtsdatum		Staatsangeh.	
Familienname		Vorname		Geburtsname	
Straße/Haus-Nr.				Geschlecht	
Postleitzahl und Ort					
Anschrift des Unternehmens					
Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger				Nr. d. Unfallversicherungsträgers	
Name					
Straße/Haus-Nr.					
Postleitzahl und Ort					
Angaben zur Vorsorge am <input type="text"/> (Tag Monat Jahr)					
<input type="checkbox"/> Pflichtvorsorge	<input type="checkbox"/> Angebotsvorsorge	<input type="checkbox"/> Erste	<input type="checkbox"/> Weitere		
<input type="checkbox"/> nachgehende Vorsorge	<input type="checkbox"/> Wunschvorsorge				
Nächste Vorsorge	<input type="text"/> (Monat Jahr)				

1. Anamnese

- 1.1 Operationen oder Erkrankungen im Nebenhöhlenbereich
einschl. Verletzung der Nase und der Nebenhöhlen _____ Nein Ja
- 1.2 behinderte Nasenatmung _____ Nein Ja
 Nasenbluten _____ Nein Ja
 Rhinorrhoe: eitrig _____ Nein Ja
 schleimig _____ Nein Ja
 Geruchsstörung _____ Nein Ja
- 1.3 Augensymptome (Exopthalmus, Doppelbilder, Augentränen etc.) _____ Nein Ja
- 1.4 chronische Atemwegserkrankungen (z.B. COPD, Asthma) _____ Nein Ja
- 1.5 allergische Atemwegserkrankungen (z. B. Pollenatopie) _____ Nein Ja
- 1.6 Einnahme von Medikamenten, die zu Nasenschleimhautschwellungen
führen können _____ Nein Ja

2. Befund

- 2.1 Untersucht mit ... Spekulum _____ Nein Ja
 Endoskop starr _____ Nein Ja
 Endoskop flexibel _____ Nein Ja

2.2 Schleimhaut-Oberfläche

- unauffällig (feuchte und glatte Oberfläche)

	mittlere Muschel	untere Muschel	Septum	Nasenboden	sonstige Lokalität
eitrig belegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krusten-/Borkenauflagerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uneben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulzerationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewebsneubildung:					
Verdacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
definitiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Probeexzision

durchgeführt am: (Tag Monat Jahr)

veranlasst durch:

2.3 Blutaustrittsstellen

- Nein
 feststellbar (wo?) Lokalisation nicht feststellbar

2.4 Septum

- gerade Deviation Leiste Subluxation Perforation

2.5 Äußere Nase und Gesicht

- unauffällig
 Besonderheiten:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Unterschrift (Stempel) des Arztes/der Ärztin (ggf. „im Auftrag“ als Zusatz)