

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen:
Ihr Ansprechpartner:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

Datum:

Verlaufsbericht bei anerkannter BK-Nr. gefährdender Tätigkeit

mit weiterhin

1 Angaben zur versicherten Person

1.1 Name, Vorname:

Geburtsdatum:

2 Angaben zur Erwerbstätigkeit

Keine Veränderungen

2.1 Derzeitige Tätigkeit:

2.2 Seit wann ausgeübt:

2.3 Name und Anschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers:

2.4 Gewerbe:

3 Angaben Atemwegsbelastungen am Arbeitsplatz

Keine Veränderungen

3.1 Arbeitsstoffe/Arbeitsverfahren/Belastungen z. B. durch Stäube, Rauche, Gase, Allergene:

Stunden pro Tag
Bemerkungen:

3.2 Berichtet die versicherte Person über tätigkeitsfremde Atemwegsbelastungen?

Nein Ja, folgende:

3.3 Klingen die Atemwegsbeschwerden in arbeitsfreier Zeit ab?

Nein Ja, folgende:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

4 Angaben zu Schutzmaßnahmen

4.1 Persönliche Schutzausrüstung - Tragen von Atemschutzmasken

Nein, weil Ja, welche? Keine Veränderungen

Bemerkungen:

4.2 Organisatorische Schutzmaßnahmen (z. B. geänderte Arbeitsabläufe) am Arbeitsplatz?

Nein, weil Ja, welche? Keine Veränderungen

Bemerkungen:

4.3 Technische Schutzmaßnahmen

Nein, weil Ja, welche? Keine Veränderungen

Bemerkungen:

5 Angaben zur Erkrankung

- Verlauf seit letzter Berichterstattung (z. B. ärztliche Behandlung aufgrund der Atemwegserkrankung, Beschwerdeverlauf, Medikamente)

Keine Veränderungen

5.1 Aktueller Atemwegsbefund/Klinischer Befund

Die letzte Lungenfunktionsprüfung erfolgte am:
ist geplant am:

Befunde, **soweit vorhanden**, bitte beifügen: z. B. Spirometrie, Bodyplethysmographie, Flussvolumenkurve, Methacholintest.

5.2 Hinweise auf weitere Sensibilisierungen? Testprotokolle, soweit vorhanden, bitte beifügen.

Nein Ja, folgende Nicht bekannt

5.3 Besteht/Bestand wegen der tätigkeitsbezogenen Atemwegsbeschwerden Arbeitsunfähigkeit?

Nein Ja, Zeiträume:

5.4 Traten Atemwegsinfektionen auf?

Nein Ja, Zeiträume:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

6 Welche Diagnose(n) haben Sie erhoben?

7 Therapie- und Präventionsempfehlungen

7.1 Therapie:

Welche Medikamente sind wegen der Folgen der Berufskrankheit erforderlich und wurden verordnet?

Sollten wir eine Medikation empfohlen haben, bitten wir um Information, ob Sie von dieser abgewichen sind. Wenn ja, warum?

An welchen Tagen stellte sich die versicherte Person seit dem Behandlungsauftrag bzw. dem letzten Verlaufsbericht bei Ihnen vor? Bitte geben Sie die Daten an:

7.2 Präventionsempfehlungen:

- Beratung der versicherten Person durch einen Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin des UVT
- Teilnahme an einem Gesundheitsseminar
- Stationäre Heilbehandlung zu Lasten des UVT
- Empfehlungen zum Tragen von Schutzausrüstungen am Arbeitsplatz
- Sonstige Maßnahmen:

7.3 Tätigkeitswechsel notwendig?

- Nein
- Ja, es bestehen Hinweise, dass durch die weitere Ausübung der Tätigkeit eine ernsthafte Gefahr für Leib und Leben der versicherten Person besteht.

Diese Einschätzung wurde mit der versicherten Person besprochen. Die Reaktion war wie folgt:

Bemerkungen:

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
----------------	---------------

Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Rechnung

Berichtsgebühr nach Nr. 118 UV-GOÄ		EUR
Porto		EUR
	Zusammen	EUR

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK) Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –
-----------------	---

Datum, Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Anschrift/Stempel der Ärztin/des Arztes

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 118) und Auslagen nach der UV-GOÄ.