|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÄRZTLICHE ANZEIGE BEI VERDACHT AUF EINE BERUFSKRANKHEIT** | | | | | | | | | | | |
| **1** Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| **2** Empfänger/-in | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | |  |  | | |
|  |  | […] | | | | | |  | | | |
|  |  |  | | | | | |  |  | | |
|  |  |  | | | | | | | | | |
| **3** Name, Vorname der versicherten Person | | | | | | | | | | **4** Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | |
| […] | | | | | | | | | | […] | |
| **5** Straße, Hausnummer | | | | | | | Postleitzahl | | | Ort | |
| […] | | | | | | | […] | | | […] | |
| **6** Geschlecht | | | | | | | **7** Staatsangehörigkeit | | | **8** Ist die versicherte Person verstorben? | |
| Männlich  Weiblich  Divers  Keine Angabe | | | | | | | […] | | | Nein  Ja, am […] (TT.MM.JJJJ) | |
| **9** Fand eine Leichenöffnung statt? Wenn ja, wann und durch wen? | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| **10** Welche Berufskrankheit(en) kommt/kommen in Betracht? (ggf. BK-Nummer/BK-Nummern) | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| **11** Krankheitserscheinungen, Beschwerden der versicherten Person, Ergebnis der Untersuchung mit Diagnose  (Befundunterlagen bitte beifügen), Angaben zur Behandlungsbedürftigkeit | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| **12** Wann traten die Beschwerden erstmals auf? | | | | | | […] | | | | | |
| **13** Erkrankungen oder Bereiche von Erkrankungen, die mit dem Untersuchungsergebnis in einem ursächlichen Zusammenhang stehen können | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| **14** Welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe am Arbeitsplatz bzw. welche Tätigkeiten werden für die Entstehung der Erkrankung als ursächlich angesehen? Welche Tätigkeiten übt/übte die versicherte Person wie lange aus? | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| **15** Besteht Arbeitsunfähigkeit? | | | | Nein  Ja Voraussichtliche Dauer: […] | | | | | | | |
| **16** In welchem Unternehmen (ggf. auch Kindertageseinrichtung/Schule/Hochschule) ist oder war die versicherte Person zuletzt den unter Nummer 14 genannten Einwirkungen und Stoffen während ihrer Tätigkeit ausgesetzt? | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| **17** Krankenkasse (Name, PLZ, Ort, bei Familienversicherung Name des Mitglieds) | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| **18** Behandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses (soweit bekannt auch Telefon-Nr. und/oder Fax-Nr.) | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | |
| **19** Die/Der Unterzeichnende bestätigt, die versicherte Person über den Inhalt der Anzeige und den Empfänger/die Empfängerin (Unfallversicherungsträger oder für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Landesbehörde) informiert zu haben. | | | | | | | | | | | |
| […] | | | […] | | | | | | | | […] |
| **20** Datum | | | Ärztin/Arzt | | | | | | | | Telefon-Nr. für Rückfragen |
| […] | | | | | […] | | | | | |  |
| Bankverbindung | | | | | IBAN | | | | | |  |