

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 Tag Monat Jahr

..

5 Straße, Hausnummer

[...]

Postleitzahl

..

Ort

[...]

6 Geschlecht

Männlich Weiblich

7 Staatsangehörigkeit

[...]

8 Ist die versicherte Person verstorben?

Nein Ja, am

Tag Monat Jahr

..

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? Wenn ja, voraussichtlich wie lange? [...]

16 In welchem Unternehmen ist oder war die versicherte Person zuletzt tätig? In welchem Unternehmen war die versicherte Person den unter Nummer 14 genannten Einwirkungen und Stoffen zuletzt ausgesetzt?

[...]

17 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

[...]

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