

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

Tag der Untersuchung	Lokalisation	Diagnose	Anzahl der Hauterscheinungen/ Ausmaß der Feldkanzerisierung	Histologie		Behandlung - Welche? - Von/Bis
				Nein/Ja	Wann	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

<p>3 Carcinomata in situ (bei der BK-Nr. 5103 Aktinische Keratosen bzw. M. Bowen)</p> <p>3.1 Nur bei der BK-Nr. 5103: Datum des erstmaligen Vorliegens von multiplen aktinischen Keratosen (> 5 innerhalb von 12 Monaten) oder einer Feldkanzerisierung (> 4 cm²): Am</p> <p>3.2 Krankheitsaktivität bei Carcinomata in situ (bei der BK-Nr. 5103 aktinische Keratosen bzw. M. Bowen)</p> <p>3.2.1 Neuauftreten von mehr als 20 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ab</p> <p>3.2.2 Bestehen einer oder mehrerer klinisch sichtbarer relevanter Feldkanzerisierung(en) von in der Summe mehr als 50 cm² <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ab</p>
<p>4 Plattenepithelkarzinome</p> <p>4.1 Datum der erstmaligen Diagnose eines Plattenepithelkarzinoms: Histologie ist beigefügt <input type="checkbox"/> Nein, anzufordern bei: <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>4.2 Krankheitsaktivität bei Plattenepithelkarzinomen Auftreten von mindestens zwei Plattenepithelkarzinomen innerhalb eines Zeitraums:</p> <p>4.2.1 Von 2 Jahren <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht bekannt</p> <p>4.2.2 Von 2 – 4 Jahren <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht bekannt</p>
<p>5 Basalzellkarzinome (BZK) Nicht Gegenstand der BK-Nr. 5103 (UV-Strahlung) Nur bei Verursachung durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe (BK-Nr. 5102); Arsen und seine Verbindungen (BK-Nr. 1108) oder ionisierender Strahlung (BK-Nr. 2402)</p> <p>5.1 Datum der erstmaligen Diagnose des Basalzellkarzinoms: Histologie ist beigefügt <input type="checkbox"/> Nein, anzufordern bei: <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>5.2 Krankheitsaktivität bei Basalzellkarzinomen</p> <p>5.2.1 Auftreten von zwei Basalzellkarzinomen innerhalb eines Zeitraums von 2 Jahren <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, erstes BZK am <input type="checkbox"/> zweites BZK am</p> <p>5.2.2 Auftreten von mehr als zwei Basalzellkarzinomen innerhalb eines Zeitraums von 2 Jahren <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, weiteres BZK am</p>

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

6 Ergänzender Hautbefund

- 6.1 Liegen Zeichen einer chronischen Lichtschädigung der Haut vor, ggf. an welchen Körperstellen?
(z. B. tiefe Falten, einschließlich Cutis rhomboidalis nuchae, Teleangiektasien, Hypo- und Hyperpigmentierungen, Atrophie u. a., ggf. auch außerhalb des von aktinischen Keratosen betroffenen Bereichs)
- 6.2 Liegen Zeichen einer „Teer- oder Pechhauterkrankung“ (Follikulitiden, Teerakne, bräunlich diffuse Pigmentierung, Hyperkeratosen usw.) vor, ggf. an welchen Körperstellen?

7 Risikofaktoren

Für welche Risikofaktoren (z. B. Medikamenteneinnahme [Lichtempfindlichkeit], Immunsuppression, Pigmentierungsdefekte, gestörte DNA Reparaturmechanismen, Phototherapien u. a.) ergeben sich Anhaltspunkte?

8 Spezielle Krankheitsfolgen

Liegen bei der versicherten Person spezielle Krankheitsfolgen vor?
Wenn ja, welche (z. B. kosmetische oder funktionelle Entstellung durch Tumorentfernung, nicht vollständige Entfernung der Tumore aufgrund Lokalisation oder Ausdehnung, Metastasierung etc.)?

9 Medizinische Unterlagen

Bitte übersenden Sie uns sämtliche, die o. g. Erkrankungen betreffenden Behandlungs- und Befundberichte, stationären Entlassungsberichte, histologischen Befundberichte, OP-Berichte sowie Fotodokumentationen. Sollten Ihnen die Unterlagen nicht zur Verfügung stehen, nennen Sie uns bitte Namen und Anschrift der Stelle, bei der wir diese anfordern können.

Name der Ärztin/des Arztes/Krankenhauses:

Anschrift:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Datenschutz

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Rechnung

Berichtsgebühr nach Nr. 135 UV-GOÄ

30,00 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. 135) und Auslagen nach der UV-GOÄ.

Verteiler

Unfallversicherungsträger

Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beiblatt Hautbefunde zur Übersicht (Tabelle auf Seite 2):

