|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | […] |  |  | Ihr Zeichen: |  | […] |
|  |  |  | Ihre Nachricht vom: |  | […] |
|  |  |  | Unser Zeichen: |  | […] |
|  |  |  | Ihr Ansprechpartner: |  | […] |
|  |  |  | Telefon: |  | […] |
|  |  |  | Fax: |  | […] |
|  |  |  | E-Mail: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Datum: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |

Verlaufsbericht bei anerkannter BK-Nr. **Auswahl** mit weiterhin gefährdender Tätigkeit

|  |  |
| --- | --- |
| **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.