

Erkrankung [...], geb. [...]  
- bei Ihnen beschäftigt vom [...] bis [...]

#### Anrede

wir prüfen, ob eine Erkrankung durch Lösungsmittel vorliegt. Dabei sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen.  
Bitte beantworten Sie unsere Fragen und senden Sie die Unterlagen bald zurück.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Unsere Anfrage stützt sich auf die §§ 191, 192 Sozialgesetzbuch VII.

Mit freundlichen Grüßen

...

Az.: [...], Name: [...]

- 1 Von wann bis wann (bitte genaue Angaben) war der Versicherte beschäftigt, und welche Tätigkeiten hat er ausgeübt?  
**Angaben ggf. auf der Rückseite oder einem Beiblatt fortsetzen.**

von/bis	Art der ausgeübten Tätigkeiten	Betriebsteil	Bitte machen Sie nähere Angaben zu einem Kontakt mit lösungsmittelhaltigen Arbeitsstoffen.
[...]	[...]	[...]	<input type="checkbox"/> s. Beiblatt
[...]	[...]	[...]	<input type="checkbox"/> s. Beiblatt
[...]	[...]	[...]	<input type="checkbox"/> s. Beiblatt

2 Wann und durch wen wurden Einstellungs- bzw. Personaluntersuchungen und/oder arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> am [...] <input type="checkbox"/> durch [...]
3 Wann und durch wen wurden wegen beruflicher Lösungsmittelkontakte ärztliche Untersuchungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> am [...] <input type="checkbox"/> durch [...]
4 Art und Umfang der Einwirkung 4.1 Wo wurden lösungsmittelhaltige Arbeitsstoffe überwiegend verarbeitet?	<input type="checkbox"/> im Freien <input type="checkbox"/> in geschlossenen Räumen <input type="checkbox"/> in Kabinen

Az.: [...], Name: [...]

4.2 Wie wurden die lösungsmittelhaltigen Arbeitsstoffe verarbeitet?	<input type="checkbox"/> gespritzt <input type="checkbox"/> gerollt <input type="checkbox"/> gestrichen <input type="checkbox"/> als Tauchbad
4.3 War der Versicherte Lösungsmittleinwirkungen von anderen Arbeitsplätzen ausgesetzt?  Falls ja, in welcher Form?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  [...]
4.4 Wurden Konzentrationsmessungen durchgeführt?  Falls ja, durch wen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  durch [...]
5 Wie lauten Name und Anschrift Ihres Betriebsarztes?	[...]
6 Wenn Sie nicht bei uns Mitglied sind: Welcher Unfallversicherungsträger ist für Ihr Unternehmen zuständig? Wie lautet Ihre Unternehmensnummer?	[...]
7 Bemerkungen oder Hinweise:	[...]

Für Rückfragen:

Meine Funktion im Unternehmen: [...]  
Meine Telefon-Nr.: [...]  
Meine Mobil-Nr.: [...]  
Meine Fax-Nr.: [...]

[...] \_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_ (Stempel und Unterschrift)

Az.: [...], Name: [...]

### Beiblatt

#### Angaben zur Lösungsmittelbelastung

- Angaben für andere Zeiträume bitte auf der Rückseite oder einem weiteren Beiblatt machen.

Tätigkeitszeitraum: vom [...] bis [...]

1.	Bestand Umgang mit folgenden <b>Arbeitsstoffen?</b>	Nein	Ja	Wenn ja, Zeitanteil pro Schicht	Einwirkung bei Arbeitsvorgang	Produktname	Enthaltene Lösungsmittel	Technische Schutzmaßnahmen/ persönliche Schutzausrüstung
	Reinigungsmitteln:	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
	Abbeizer, Lacke, Farben:	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
	Holzschutzmittel:	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
	Klebstoffe, Gummi-, Kunststofflöser:	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
	Desinfektionsmittel, Laborchemikalien:	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
	Sonstige:	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
2.	Sind während des Umgangs akute Beschwerden aufgetreten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welche? (z. B. Schwindel, Atembeschwerden, rauschartige Zustände) [...]							

[...] \_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift)