

Ihr Zeichen:  
Ihre Nachricht vom:  
Unser Zeichen:  
Ihr Ansprechpartner:  
Telefon:  
Telefax:  
E-Mail:  
  
Datum:

**Hautarztbericht** - UV-Träger -  
**- Behandlungsverlauf**

**1 Angaben zum Versicherten**

1.1 Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**2 Angaben zur beruflichen Beschäftigung**

keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

2.1 Derzeitige Tätigkeit:

2.2 Seit wann ausgeübt:

**3 Angaben zu Hautbelastungen/Schutzmaßnahmen**

keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

3.1 Arbeitsstoffe:

Bemerkungen:

3.2 Feuchtarbeit: \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag

keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

Bemerkungen:

3.3 Verschmutzung: \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag

keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

Bemerkungen:

3.4 Persönliche Schutzausrüstung:

keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

- Handschuhe:  nein  ja Wenn ja, welche?

- Hautschutzmittel:  nein  ja Wenn ja, welche?

- Hautreinigungsmittel:  nein  ja Wenn ja, welche?

- Hautpflegemittel:  nein  ja Wenn ja, welche?

Bemerkungen:

**4 Angaben zur Erkrankung**

4.1 Verlauf seit letzter Berichterstattung (u. a. Behandlungstage, Arbeitsunfähigkeitszeiten):

**5 Hautbefund**

**5.1 Beurteilungsgrundlage:**

Während der Berufstätigkeit     Während arbeitsfreier Zeit (Arbeitsunfähigkeit/Urlaub)     Unter Cortisontherapie

**5.2 Aktueller Hautbefund - bitte Detailangaben auf Beiblatt -:**

- Morphe:

- Lokalisation:

**5.3 Atopie:**

(u. a. Beugenekezem, vorberufliches Handekzem inklusive Pompholyx, Juckreiz beim Schwitzen oder nach dem Duschen, Ohrrhagaden, Pityriasis alba, Herthogezeichen, weißer Dermographismus)

- klinisch:     Keine Hinweise     ja, folgende:

**5.4 Sonstiger Befund:**

**6 Diagnosen**

**7 Beurteilung**

**7.1 Verlauf:**

**7.2 Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Hauterkrankung:**

nein     ja, folgende - bitte begründen -:

**8 Empfehlungen**

**8.1 Therapie:**

Vorgesehene Maßnahmen:

Wiedervorstellung veranlasst am

Behandlung zu Lasten des UV-Trägers     durch mich     durch

**8.2 Hautschutz:**

- Externa:

- Schutzhandschuhe:

**8.3 Aufgabe der derzeit ausgeübten Tätigkeit:**

erscheint nicht erforderlich     ist zu prüfen, weil - bitte begründen -:

**8.4 Sonstige Maßnahmen (z. B. am Arbeitsplatz) - bitte begründen -:**

**Datenschutz:**

Über den Zweck des Hautarztberichts und dessen Verwendung habe ich informiert

**Verteiler**

Unfallversicherungsträger  
Krankenkasse

**Rechnung**

Pauschbetrag

EUR

Porto

EUR

zusammen

EUR

Rechnungsnummer	<b>Institutionskennzeichen (IK)</b>
	Falls kein IK - Bankverbindung -

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Anschrift/Stempel des Arztes

Sie erhalten eine Gebühr (Nr.131) und Auslagen nach der UV-GOÄ. Darin enthalten ist die Untersuchung nach Nr.1 bzw. Nr. 6 UV-GOÄ.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

**Beiblatt Hautbefund** am

Befund bitte in freier Form in Abschnitt 5 beschreiben

