

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

Datum:

Hautarztbericht - UV-Träger - - Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention

1 Angaben zum Versicherten

- 1.1 Name, Vorname: Geburtsdatum:
- 1.2 Anschrift: Telefon-Nr.:
- 1.3 Staatsangehörigkeit: Geschlecht:
- 1.4 Name und Anschrift des Arbeitgebers (der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule):
- 1.5 Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse):

2 Angaben zur beruflichen Beschäftigung

- 2.1 Derzeitige Tätigkeit:
- 2.2 Seit wann ausgeübt:
- 2.3 Vorherige Tätigkeit:

3 Angaben zu Hautbelastungen/Schutzmaßnahmen

3.1 Arbeitsstoffe:

Bemerkungen:

3.2 Feuchtarbeit: Stunden pro Tag

Bemerkungen:

3.3 Verschmutzung: Stunden pro Tag

Bemerkungen:

3.4 Persönliche Schutzausrüstung:

- 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 Wann ist die Hauterkrankung erstmals aufgetreten?

4.2 Wo ist die Hauterkrankung erstmals aufgetreten?

4.3 Art der Hautveränderungen?

4.4 Erfolgte deswegen bereits eine ärztliche Behandlung? nein ja

Wenn ja,
Zeitpunkt der Behandlung Name, Anschrift des Arztes Häufigkeit d. Beh. Arbeitsunfähigkeit (ggf. Zeitraum)
bis

4.5 Wurde ein Betriebsarzt eingeschaltet bzw. informiert? nein ja

4.6 Wurde die Erkrankung bereits gemeldet? nein ja, bei UV-Tr.:

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. Beugenezem, vorberufliches Handezem inklusive Pompholyx, Juckreiz beim Schwitzen oder nach dem Duschen, Ohrrhagaden, Pityriasis alba, Herthogezeichen, weißer Dermographismus)

- anamnestisch: keine Hinweise ja, folgende:

- klinisch: keine Hinweise ja, folgende:

5.4 Sonstiger Befund:

6 Testungen

sind vorgesehen, voraussichtlich am

sind nicht vorgesehen

wurden von mir am durchgeführt (Testprotokolle sind beigefügt)

wurden von durchgeführt (Testprotokolle sind beigefügt)

Bemerkungen:

7 Diagnosen

8 Beurteilung

8.1 Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Hauterkrankung:

- nein ja, folgende - bitte begründen -:

9 Empfehlungen

9.1 Therapie

- Externa: nein ja Wenn ja, welche?
- Lokale PUVA/Iontoph.: nein ja Wenn ja, welche?
- Sonstige Maßnahmen: nein ja Wenn ja, welche?

- Wiedervorstellung veranlasst am
 Behandlung zu Lasten des UV-Trägers durch mich durch

9.2 Hautschutz:

- Hautschutzmittel: nein ja Wenn ja, welche?
- Schutzhandschuhe: nein ja Wenn ja, welche?

9.3 Aufgabe der derzeit ausgeübten Tätigkeit:

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

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

9.5 Besteht konkreter Anlass, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird?

- nein ja, weil

Datenschutz:

Über den Zweck des Hautarztberichts und dessen Verwendung habe ich informiert

Rechnung

Pauschbetrag

EUR

Porto

EUR

zusammen

EUR

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK) Falls kein IK - Bankverbindung -
-----------------	-------------------------------------------------------------------------

Unterschrift des Arztes

Anschrift/Stempel des Arztes

Sie erhalten eine Gebühr (Nr.130) und Auslagen nach der UV-GOÄ. Darin enthalten ist die Untersuchung nach Nr.1 bzw. Nr. 6 UV-GOÄ.

Verteiler

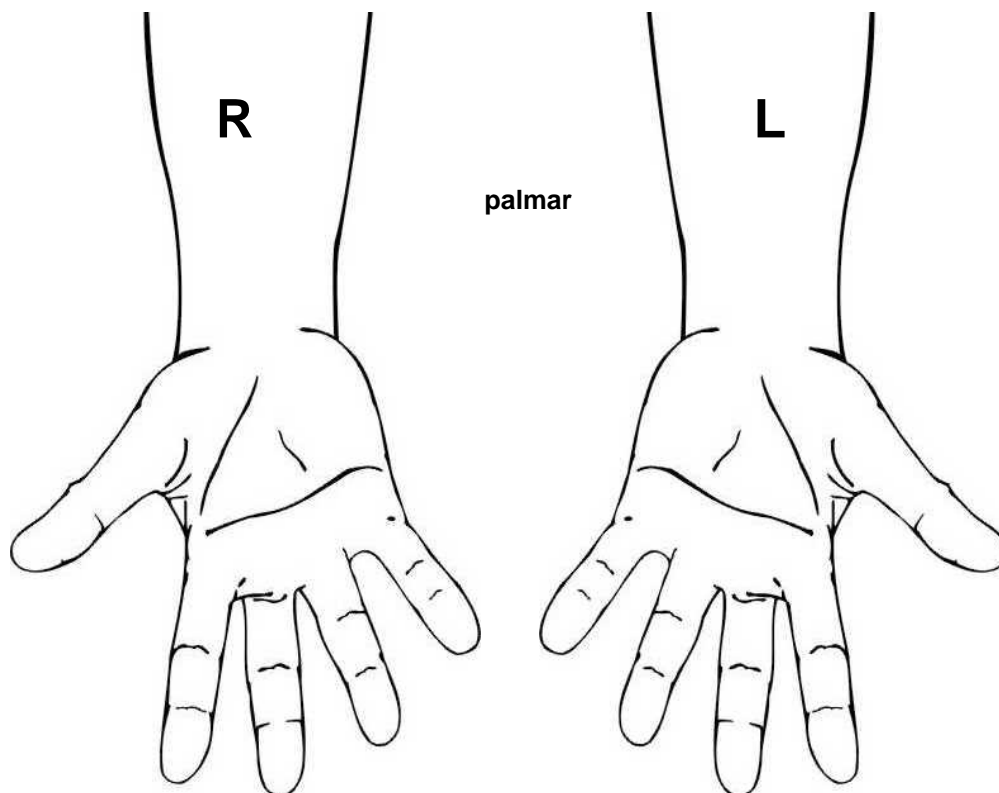
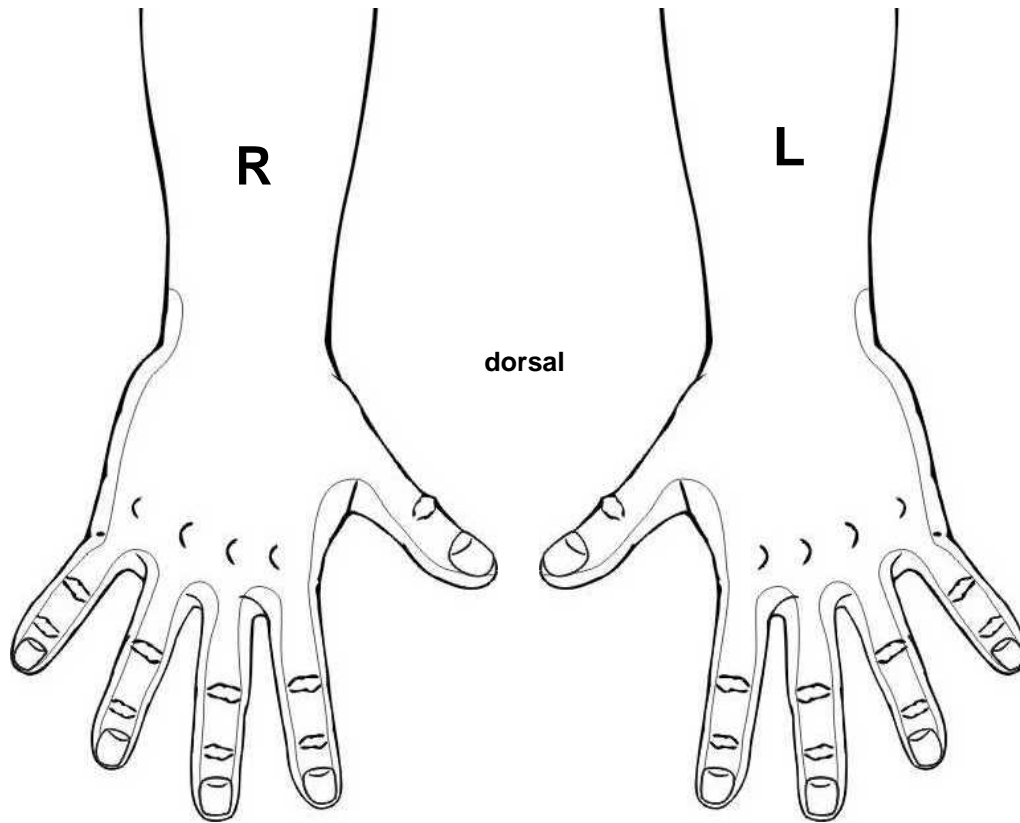
Unfallversicherungsträger
Krankenkasse, nicht bei Familienversicherten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beiblatt Hautbefund am

Befund bitte in freier Form in Abschnitt 5 beschreiben



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Information zum Datenschutz

Die bei der Behandlung erhobenen Daten (die Diagnose, Ihre Angaben zur Entstehung der Erkrankung und zum Verlauf der Heilbehandlung) werden mit Ihrem Einverständnis durch diesen Hautarztbericht dem zuständigen Unfallversicherungsträger mitgeteilt, damit dieser arbeitsplatzerhaltende Maßnahmen der Individualprävention nach § 3 BKV prüfen kann. Die Krankenkasse erhält eine Kopie dieses Berichts. Ihre Einverständniserklärung ist freiwillig, ohne sie kann der Unfallversicherungsträger aber keine Maßnahmen prüfen und veranlassen.

Übermittelt werden nur die Angaben, die der Unfallversicherungsträger zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben bei einer drohenden oder bereits bestehenden Berufskrankheit benötigt.

Nähere Informationen erhalten Sie von Ihrem Unfallversicherungsträger.

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass

1. der Unfallversicherungsträger den Hautarztbericht erhält.
2. die Krankenkasse eine Kopie des Hautarztberichts erhält.
3. der Unfallversicherungsträger folgende Ärzte über medizinische Feststellungen bzw. das Ergebnis der Ermittlungen unterrichtet:

Hautarzt

Anschrift:

Betriebsarzt

- Name soweit bekannt -

Hausarzt

Anschrift:

4. Auskünfte über Erkenntnisse bei der betriebsärztlichen Betreuung (medizinische Befunde, Arbeitsplatzverhältnisse)

bei dem Betriebsarzt

- Name soweit bekannt -

eingeholt werden.

Für Rückfragen:

Ihre Telefon-Nr.:

Fax-Nr.:

(Datum)

(Unterschrift)