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

Verlaufsbericht § 3 BKV bei Atemwegserkrankungen

|  |  |
| --- | --- |
| 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/Adresse 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 tätigkeitsunabhängige 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 VeränderungenBemerkungen: |
|  | […] |
| 5 | **Angaben zur Erkrankung** [ ] Keine Veränderungen |
| 5.1 | Verlauf seit letzter Berichterstattung (z. B. ärztliche Behandlung aufgrund der Atemwegserkrankung, Beschwerdeverlauf, Medikamente) |
|  | […] |
| 5.2 | Aktueller Atemwegsbefund/klinischer Befund: |
|  | […] |
|  | Lungenfunktionsprüfung: |
|  | […] |
|  | Befunde, **soweit vorhanden**, bitte beifügen: z. B. Spirometrie, Bodyphlethysmographie, Broncholyse-Test, Blutgasanalyse in Ruhe und unter Belastung, CO-Diffusion, Methacholintest, FeNO, Allergietests (Pricktest, spez. IgE). |
| 5.3 | Hinweise auf allergische Erkrankungen? Testprotokolle, soweit vorhanden, bitte beifügen. |
|  | [ ]  Nein [ ]  Ja, folgende: […] [ ]  Nicht bekannt |
| 5.4 | Besteht/bestand wegen der tätigkeitsbezogenen Atemwegsbeschwerden Arbeitsunfähigkeit? |
|  | [ ]  Nein [ ]  Ja, Zeiträume: […] |
| 5.5 | Gibt es anamnestisch Hinweise auf eine bronchiale Hyperreagibilität (Atemnot bei der Wahrnehmung von Gerüchen, Wärme, Kälte, körperlicher Belastung etc.)? |
|  | […] |
| 5.6 | Ist die versicherte Person Raucherin/Raucher? |
|  | [ ]  Nie [ ]  Ex, […] PY (Packungsjahre) |
|  |  […] Zigaretten pro Tag von […] (MM/JJJJ) bis […] (MM/JJJJ) |
| 5.7 | Sonstiger Befund |
|  | […] |
| 6 | **Welche Diagnose(n) haben Sie erhoben?** |
|  | […] |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] |

|  |  |
| --- | --- |
| 7 | **Therapie und Präventionsempfehlungen** |
| 7.1 | Therapie: |
|  | Welche Medikamente sind wegen der tätigkeitsbezogenen Atemwegsbeschwerden erforderlich und wurden verordnet? |
|  | […] |
|  | Wie oft (konkrete Daten angeben) stellte sich die versicherte Person seit dem Behandlungsauftrag bzw. dem letzten Verlaufsbericht bei Ihnen vor? |
|  | […] |
| 7.2 | Präventionsempfehlungen |
|  | [ ]  Beratung der versicherten Person durch eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter 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, warum? Ggf.: Sehen Sie durch die weitere Ausübung der Tätigkeit eine ernsthafte Gefahr für Leib und Leben der versicherten Person? […] |
|  | Bemerkungen: |
|  | […] |
| **Datenschutz:**Sofern die Behandlung noch andauert, habe ich die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. |

|  |
| --- |
| Rechnung |
|  | […] | EUR |
| Porto | […] | EUR |
| zusammen | […] | EUR |
|  |
| Rechnungsnummer[…] | **Institutionskennzeichen (IK)**[…]Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) – |
|  | […] |
| Unterschrift des Arztes/der Ärztin | Anschrift/Stempel des Arztes/der Ärztin |

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 118) und Auslagen nach der UV-GOÄ.