|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Absenderfeld Praxis:** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Meldung zur Prävention arbeitsbedingter obstruktiver Atemwegserkrankungen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Angaben zur Person** | | |
| 1.1 | Name, Vorname: | | Geburtsdatum: |
|  |  | |  |
| 1.2 | Anschrift: | | Telefon-Nr.: / Mobil-Nr.: |
|  |  | |  |
|  |  | | Geschlecht: |
| 1.3 | Name und Anschrift des Arbeitgebers (der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule): | | |
|  |  | | |
| 1.4 | Name und Anschrift der Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds): | | |
|  |  | | |
| 2 | **Angaben zur Erwerbstätigkeit** | | |
| 2.1 | Derzeitige Tätigkeit: | | |
| 2.2 | Seit wann ausgeübt: | | |
| 2.3 | Vorherige Tätigkeit: | | |
| 3 | **Angaben zu Atemwegsbelastungen am Arbeitsplatz** | | |
| 3.1 | Arbeitsstoffe/Arbeitsverfahren/Belastungen z.B. durch Stäube, Rauche, Gase: | | |
|  |  | | |
|  | Stunden pro Tag | | |
|  | Bemerkungen: | | |
|  |  | | |
| 4 | **Angaben zur Erkrankung** | | |
| 4.1 | Wann sind die Atemwegsbeschwerden erstmals aufgetreten? | | |
| 4.2 | Art und Häufigkeit der Atemwegsbeschwerden einschließlich rhinitischer Beschwerden? | | |
|  |  | | |
| 4.3 | Erfolgte deswegen bereits eine ärztliche Behandlung?  Nein  Ja | | |
|  | Wenn ja,  Zeitpunkt der Behandlung | Name, Anschrift der Ärztin/des Arztes | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4.4 | Atemwegsbeschwerden einschließlich rhinitischer Beschwerden am Arbeitsplatz?  Nein  Ja, welche und seit wann? | | | | | |
|  |  | | | | | |
| 5 | **Atemwegsbefund (Befunde, soweit vorhanden bitte beifügen)** | | | | | |
| 5.1 | Aktueller Atemwegsbefund | | | | | |
|  |  | | | | | |
| 5.2 | Hinweise auf allergische Erkrankungen?  Nein  Ja, folgende:        Nicht bekannt | | | | | |
| 5.3 | Besteht/bestand Arbeitsunfähigkeit?  Nein  Ja, Zeiträume | | | | | |
| 5.4 | Sonstiger Befund: | | | | | |
|  |  | | | | | |
| 6 | **Diagnose(n)** | | | | | |
|  |  | | | | | |
| 7 | **Sonstige Bemerkungen** | | | | | |
|  |  | | | | | |
| Sie erhalten die angegebene Gebühr (Pauschale) für die Erstellung der Meldung, einschließlich der damit verbundenen ärztlichen Untersuchungen. Die Gebühr gilt für die Dauer des Pilotverfahrens.  **Rechnung** | | | | | | |
| Pauschbetrag | | | | | 50,00 | EUR |
| Porto | | | | |  | EUR |
| zusammen | | | | |  | EUR |
|  | | | | | | |
| Rechnungsnummer | | **Institutionskennzeichen (IK)**    **Falls kein IK** - Bankverbindung - IBAN | | | | |
|  | | | |  | | |
| Datum, Unterschrift des Arztes/der Ärztin | | | Anschrift/Stempel des Arztes/der Ärztin | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Datenschutz** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Mit der Mitteilung meiner vorstehenden medizinischen und persönlichen Daten an den zuständigen Unfallversicherungsträger bin ich einverstanden.** | | | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum/ Unterschrift der Patientin / des Patienten