|  |
| --- |
| **ÄRZTLICHE ANZEIGE BEI VERDACHTAUF EINE BERUFSKRANKHEIT** |
| **1** Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes |
| […] |
| **2** Empfänger/-in |
|  |  |  |  |  |
|  |  | […] |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **3** Name, Vorname der versicherten Person | **4** Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) |
| […] | […] |
| **5** Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
| […] | […] | […] |
| **6** Geschlecht | **7** Staatsangehörigkeit | **8** Ist die versicherte Person verstorben? |
| [ ]  Männlich [ ]  Weiblich [ ]  Divers [ ]  Keine Angabe | […] | [ ]  Nein [ ]  Ja, am […] (TT.MM.JJJJ) |
| **9** Fand eine Leichenöffnung statt? Wenn ja, wann und durch wen? |
| […] |
| **10** Welche Berufskrankheit(en) kommt/kommen in Betracht? (ggf. BK-Nummer/BK-Nummern) |
| […] |
| **11** Krankheitserscheinungen, Beschwerden der versicherten Person, Ergebnis der Untersuchung mit Diagnose (Befundunterlagen bitte beifügen), Angaben zur Behandlungsbedürftigkeit |
| […] |
| **12** Wann traten die Beschwerden erstmals auf? | […] |
| **13** Erkrankungen oder Bereiche von Erkrankungen, die mit dem Untersuchungsergebnis in einem ursächlichen Zusammenhang stehen können |
| […] |
| **14** Welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe am Arbeitsplatz bzw. welche Tätigkeiten werden für die Entstehung der Erkrankung als ursächlich angesehen? Welche Tätigkeiten übt/übte die versicherte Person wie lange aus? |
| […] |
| **15** Besteht Arbeitsunfähigkeit? | [ ]  Nein [ ]  Ja Voraussichtliche Dauer: […] |
| **16** In welchem Unternehmen (ggf. auch Kindertageseinrichtung/Schule/Hochschule) ist oder war die versicherte Person zuletzt den unter Nummer 14 genannten Einwirkungen und Stoffen während ihrer Tätigkeit ausgesetzt? |
| […] |
| **17** Krankenkasse (Name, PLZ, Ort) |
| […] |
| **18** Behandlung: Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes oder des Krankenhauses (soweit bekannt auch Telefon-Nr. und/oder Fax-Nr.) |
| […] |
| **19** Die/Der Unterzeichnende bestätigt, die versicherte Person über den Inhalt der Anzeige und den Empfänger/die Empfängerin (Unfallversicherungsträger oder für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Landesbehörde) informiert zu haben. |
| […] | […] | […] |
| **20** Datum | Ärztin/Arzt | Telefon-Nr. für Rückfragen |
| […] | […] |  |
| Bankverbindung | IBAN |  |