|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | […] |  |  | 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 Veränderungen  Bemerkungen: |
|  | […] |
| 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.