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

Verlaufsbericht bei anerkannter BK-Nr. **Auswahl** mit weiterhin gefährdender Tätigkeit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 und Anschrift 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 tätigkeitsfremde 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** - Verlauf seit letzter Berichterstattung (z. B. ärztliche Behandlung aufgrund der Atemwegserkrankung, Beschwerdeverlauf, Medikamente)  […] | | Keine Veränderungen | |
| 5.1 | Aktueller Atemwegsbefund/Klinischer Befund | | | |
|  | […] | | | |
|  | Die letzte Lungenfunktionsprüfung erfolgte am: […]  ist geplant am: […]  Befunde, **soweit vorhanden**, bitte beifügen: z. B. Spirometrie, Bodyplethysmographie, Flussvolumenkurve, Methacholintest. | | | |
| 5.2 | Hinweise auf weitere Sensibilisierungen? Testprotokolle, soweit vorhanden, bitte beifügen. | | | |
|  | Nein | Ja, folgende […] | Nicht bekannt |
| 5.3 | Besteht/Bestand wegen der tätigkeitsbezogenen Atemwegsbeschwerden Arbeitsunfähigkeit? | | | |
|  | Nein | Ja, Zeiträume: […] | | |
| 5.4 | Traten Atemwegsinfektionen auf? | | | |
|  | Nein | Ja, Zeiträume: […] | | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **6** | | | **Welche Diagnose(n) haben Sie erhoben?** | |
|  | | | […] | |
| **7** | | | **Therapie- und Präventionsempfehlungen** | | |
| 7.1 | | | Therapie: | | |
|  | | | Welche Medikamente sind wegen der Folgen der Berufskrankheit erforderlich und wurden verordnet? | | |
|  | | | […] | | |
|  | | | Sollten wir eine Medikation empfohlen haben, bitten wir um Information, ob Sie von dieser abgewichen sind. Wenn ja, warum? | | |
|  | | | […] | | |
|  | | | An welchen Tagen stellte sich die versicherte Person seit dem Behandlungsauftrag bzw. dem letzten Verlaufsbericht bei Ihnen vor? Bitte geben Sie die Daten an: | | |
|  | | | […] | | |
| 7.2 | | Präventionsempfehlungen: | | |
|  | | Beratung der versicherten Person durch einen Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin 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, es bestehen Hinweise, dass durch die weitere Ausübung der Tätigkeit eine ernsthafte Gefahr für Leib und Leben der versicherten Person besteht.  […]  Diese Einschätzung wurde mit der versicherten Person besprochen. Die Reaktion war wie folgt: […] | | |
|  | |  | | |
|  | | Bemerkungen: | | |
|  | | […] | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: | | | | Geburtsdatum: | |
| […] | | | | […] | |
| **Datenschutz:** Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben. | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Rechnung | | | | | |
| Berichtsgebühr nach Nr. 118 UV-GOÄ | | | […] | | EUR |
| Porto | | | […] | | EUR |
| Zusammen | | | […] | | EUR |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Rechnungsnummer  […] | | **Institutionskennzeichen (IK)**  […]  Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) – | | | |
|  | | […] | | | |
| Datum, Unterschrift des Arztes/der Ärztin | | Anschrift/Stempel der Ärztin/des Arztes | | | |

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