|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANZEIGE DER UNTERNEHMERIN/DES UNTERNEHMERS BEI ANHALTSPUNKTEN FÜR EINE BERUFSKRANKHEIT** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** Name und Anschrift des Unternehmens | | | | | | | | | | | | | **2** Unternehmensnummer beim Unfallversicherungsträger | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | […] | | | | |
|  | | | | |
| **3** Empfänger/-in | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | |  |  | | | | | | |
|  |  | […] | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | |  |  | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4** Name, Vorname der versicherten Person | | | | | | | | | | | | | | **5** Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | […] | | |
| **6** Straße, Hausnummer | | | | | | | | | | | | Postleitzahl | | Ort | | |
| […] | | | | | | | | | | | | […] | | […] | | |
| **7** Geschlecht | | | | | | | | | | | | **8** Staatsangehörigkeit | | **9** Leiharbeitnehmer/-in | | |
| Männlich  Weiblich  Divers  Keine Angabe | | | | | | | | | | | | […] | | Nein  Ja | | |
| **10** Auszubildende/-r  Nein  Ja | | | | | | **11** Die versicherte Person ist | | | Unternehmer/-in  Gesellschafter/-in Geschäftsführer/-in | | | | | | mit dem/der Unternehmer/-in  verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend  verwandt | |
| **12** Anspruch auf Entgeltfortzahlung | | | | | | | **13** Krankenkasse (Name, PLZ, Ort) | | | | | | | | | |
| besteht für | | | […] | | Wochen | | […] | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | | | | | | |
| **14** Welche Krankheitserscheinungen liegen vor, die Anhaltspunkte für die Anzeige bilden? Welche Beschwerden äußert die versicherte Person? Auf welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe führt die versicherte Person die Beschwerden zurück? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **15** Welche gefährdenden Tätigkeiten hat die versicherte Person ausgeübt? Welchen gefährdenden Einwirkungen und Stoffen war die versicherte Person bei der Arbeit ausgesetzt? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **16** Wurde arbeitsmedizinische Vorsorge durchgeführt? Wenn ja, durch wen und wann? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **17** Wurden die unter Nummer 15 genannten Gefährdungsfaktoren am Arbeitsplatz der versicherten Person überprüft (z. B. Gefährdungs­beurteilung, Messungen)? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | […] | | | |  | | | | | | | | […] | |
| **18** Datum | | | | Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r) | | | | Betriebsrat (Personalrat) | | | | | | | | Telefon-Nr. für Rückfragen | |