|  |
| --- |
|  |

Erkrankung […], geb. […]

- bei Ihnen beschäftigt vom […] bis […]

Anrede

wir prüfen, ob es sich bei der Atemwegserkrankung um eine Berufskrankheit handelt. Dabei sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen. Bitte beantworten Sie unsere Fragen und senden Sie die Unterlagen bald zurück.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Unsere Anfrage stützt sich auf die §§ 191, 192 Sozialgesetzbuch VII.

Mit freundlichen Grüßen

Az.: […], Name: […]

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Von wann bis wann (bitte genaue Angaben) war der Versicherte beschäftigt, und welche Tätigkeiten hat er ausgeübt?**Angaben ggf. auf der Rückseite oder einem Beiblatt fortsetzen.** |
|  |  |
|  |  |  |  |
| von/bis | Art der ausgeübten Tätigkeiten | Betriebsteil/Arbeitsbereich | Bitte machen Sie nähere Angaben über Stoffe/Einwirkungen, die allergisierend oder irritierend auf die Atemwege wirken. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| […] | […] | […] | [ ]  s. Beiblatt |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| […] | […] | […] | [ ]  s. Beiblatt |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| […] | […] | […] | [ ]  s. Beiblatt |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 2. | Wann und durch wen wurden Einstellungs- bzw. Personaluntersuchungen und/oder arbeits­medizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt? | [ ]  keine[ ]  am […][ ]  durch […] |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 3. | Wie lauten Name und Anschrift Ihres Betriebsarztes? | […] |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 4. | Wenn Sie nicht bei uns Mitglied sind:Welcher Unfallversicherungsträger ist für Ihr Unternehmen zuständig?Wie lautet Ihre Unternehmensnummer? | […] |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 5. | Bemerkungen oder Hinweise: | […] |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| […] |  |  |
| (Datum) |  | (Stempel und Unterschrift) |

Az.: […], Name: […]

**Beiblatt**

**Ergänzende Fragen zu Stoffen/Einwirkungen
- Angaben für andere Zeiträume bitte auf der Rückseite oder einem Beiblatt machen.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tätigkeitszeitraum: vom** | […] | **bis** | […] |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fragen** | **Antworten** |
|  |  |  |
| 1 | Welchen Arbeitsstoffen war der Versicherte am eigenen Arbeitsplatz oder von benachbarten Arbeitsplätzen ausgesetzt? |  | Bezeichnung | In welcher Form | Zeitdauer je |
|  | der Arbeitsstoffe | fest | flüssig | Dampf | Staub | Nebel | Arbeitsschicht |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 1. | … | … | … | … | … | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 2. | … | … | … | … | … | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 3. | … | … | … | … | … | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 4. | … | … | … | … | … | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 5. | … | … | … | … | … | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| 1.1 | Wurden Konzentrationsmessungen durchgeführt? | [ ]  Nein  | [ ]  Ja |
|  |  |  |
|  | Wenn ja, für welche Stoffe und mit welchem Ergebnis? | […] |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 2 | Wie lauten die Handelsnamen und Anschriften der Hersteller bzw. Lieferanten dieser Arbeitsstoffe? | […] |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 3 | War der Versicherte als Schweißer beschäftigt? | [ ]  Nein  | [ ]  Ja |
|  |  |  |
|  | Wenn ja, wie häufig? | […] |
|  |  |  |

Az.: […], Name: […]

|  |  |
| --- | --- |
| **Fragen** | **Antworten** |
|  |  |  |
| 4 | Welche technischen Schutzmaßnahmen waren vorhanden, welche persönlichen Schutzausrüstungen wurden getragen? | […] |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 5 | Sind bei dem Versicherten während der Tätigkeit Atembeschwerden aufgetreten? | [ ]  Nein  | [ ]  Ja |
|  |  |  |
|  | Wenn ja, bei welchen? | […] |
|  |  |  |

Für Rückfragen:

|  |  |
| --- | --- |
| Meine Funktion im Unternehmen: | […] |
| Meine Telefon-Nr.: | […] |
| Meine Mobil-Nr.: | […] |
| Meine Fax-Nr.: | […] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| […] |  |  |
| (Datum) |  | (Stempel und Unterschrift) |