|  |
| --- |
|  |

Erkrankung […], geb. […]

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

Anrede

wir prüfen, ob es sich bei dem Hörschaden 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 die versicherte Person beschäftigt, und welche Tätigkeiten hat sie ausgeübt?**Angaben ggf. auf der Rückseite oder einem Beiblatt fortsetzen.** |
|  |  |
|  |  |  |  |
| Von/Bis | Art der ausgeübten Tätigkeiten | Betriebsteil/Arbeitsbereich | Bitte machen Sie nähere Angaben über eine Exposition gegenüber Lärm am Arbeitsplatz. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| […] | […] | […] | [ ]  s. Beiblatt |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| […] | […] | […] | [ ]  s. Beiblatt |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| […] | […] | […] | [ ]  s. Beiblatt |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 2. | Wann und durch wen wurden Einstellungs- bzw. Personaluntersuchungen und/oder arbeits­medizinische Vorsorgeuntersuchungen nach dem DGUV-Grundsatz G 20 „Lärm“ (DGUV Information 240-200) durchgeführt? | [ ]  Keine[ ]  Am […] durch […] |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 3. | Wie lauten Name und Anschrift Ihrer Betriebsärztin/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: | […] |
|  |  |  |

Für Rückfragen:

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

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

Az.: […], Name: […]

**Beiblatt**

**Angaben zur Lärmbelastung
- Angaben für andere Zeiträume bitte auf der Rückseite oder einem weiteren Beiblatt machen.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **In welchen Abteilungen, Bereichen war die versicherte Person eingesetzt?** | **Vom - Bis** | **Genaue Bezeichnung der ausgeübten Tätigkeit** | **Lärmeinwirkung** | **Durch welche Maschinen (Fabrikat, Typ), Werkzeuge, Anlagen wurde der Lärm verursacht?** | **Durchschnittliche Entfernung des Arbeitsplatzes zur hauptsächlichen Lärmquelle?** | **Umgebungslärm durch** | **Lärmmessung****- personenbezogener äquivalenter Dauerschallpegel** | **Technische Schutzmaßnahmen/****persönliche Schutzausrüstung,****wenn ja, Art:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Beispiel:** Holzwerkstatt | 20.03.1972 -20.03.1973 | Arbeiten an hand­bedienter Kreissäge | [ ]  Nein [ ]  Ja5 Tage wöchentlich6 Std. täglich | Holzkreissäge(Typ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | 1 Meter | andere Holzbearbeitungs­maschinen | 95 dB (A) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| […] | […] | […] | [ ]  Nein [ ]  Ja[…] Tage wöchentlich[…] Std. täglich | […] | […] | […] | […] | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| […] | […] | […] | [ ]  Nein [ ]  Ja[…] Tage wöchentlich[…] Std. täglich | […] | […] | […] | […] | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| […] | […] | […] | [ ]  Nein [ ]  Ja[…] Tage wöchentlich[…]Std. täglich | […] | […] | […] | […] | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| […] | […] | […] | [ ]  Nein [ ]  Ja[…] Tage wöchentlich[…] Std. täglich | […] | […] | […] | […] | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| […] | […] | […] | [ ]  Nein [ ]  Ja[…] Tage wöchentlich[…] Std. täglich | […] | […] | […] | […] | […] |

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