|  |
| --- |
|  |

Erkrankung […], geb. […]

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

Anrede

wir prüfen, ob es sich bei der Hauterkrankung 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 – SGB – VII.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage

Az.: […], Name: […]

Bitte zurücksenden an:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | Adresse UVT |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 hautschädigende Stoffe/Einwirkungen am Arbeitsplatz.** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| […] | […] | […] | [ ]  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 Ihrer (damaligen) Betriebsärztin bzw. Ihres (damaligen) Betriebsarztes? | […] |
|  |  |  |
|  |  |  |

Az.: […], Name: […]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. | Über welche berufliche Qualifikation verfügte die versicherte Person? | [ ]  Aushilfskraft | [ ]  Gesellin/Geselle |
|  |  |
| [ ]  Ungelernte Arbeitskraft | [ ]  Meisterin/Meister |
|  |  |
| [ ]  Azubi | [ ]  Sonstiges |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 2. | Wie lautet ihre/seine genaue Berufsbezeichnung? | […] |
|  |  |  |
|  |  |
| 3. | Mit welchen Arbeitsstoffen hatte sie/er Kontakt?Bitte auf nachstehender Liste (ggf. auch mehrfach) ankreuzen. |
|  |  |
|  | [ ]  Metalle | [ ]  Chemikalien, wie z .B. Säuren oder Laugen |
|  |  |  |
|  | [ ]  Fette/Öle | [ ]  Stäube, Rauche, Nebel (z. B. Holz-, Metallverarbeitung) |
|  |  |  |
|  | [ ]  Nicht wassermischbare KSS (Schneidöle) | [ ]  Pflanzen oder Holz |
|  |  |  |
|  | [ ]  Wassermischbare KSS (Bohrwasser) | [ ]  Tiere |
|  |  |  |
|  | [ ]  Gummi (Natur-/Syntheseprodukte) | [ ]  Unkraut-/Schädlingsbekämpfungsmittel (Pestizide) |
|  |  |  |
|  | [ ]  Kleber, Lacke oder Farben | [ ]  Büromaterial |
|  |  |  |
|  | [ ]  Kunststoffe, auch faserverstärkte | [ ]  Textilien, Kleidung (**nicht**: eigene Kleidung) |
|  |  |  |
|  | [ ]  Baustoffe (z. B. Zement, Beton, Bitumen, Teer, auch Kunststoffe) | [ ]  Kosmetika o. Ä. (**nicht**: für eigenen Gebrauch) |
|  |  |  |
|  | [ ]  Konservierungsstoffe (Biozide) oder Desinfektionsmittel | [ ]  Nahrungsmittel(-zusätze) (**nicht**: eigener Verzehr) |
|  |  |  |
|  | [ ]  Lösungsmittel (Verdünner, Benzine, Aceton o. Ä.) | Medikamente (**nicht**: zur eigenen Einnahme) |
|  |  |  |
|  | [ ]  Reinigungsmittel (z. B. feste, flüssige, Allzweck-, Bodenreiniger) | [ ]  Feuchtarbeit |
|  |  | [ ]  Sonstiges |
|  |  |

Az.: […], Name: […]

|  |  |
| --- | --- |
| **Fragen** | **Antworten** |
|  |  |  |
| 4. | Handelt es sich um Arbeiten, die häufig zu einer stärkeren Verschmutzung der Hände führten? | [ ]  Nein | [ ]  Ja |
|  |  |  |  |
| 5. | Wurden Schutzhandschuhe getragen? | [ ]  Nein | [ ]  Ja |
|  |  |  |
|  | Wenn ja, welche? | […] |
|  |  |  |
|  | Handschuhmaterial | [ ]  Leder | [ ]  Gummi |
|  |  |  |  |
|  |  | [ ]  PVC | [ ]  Anderes: […] |
|  |  |  |  |
|  | Baumwollfütterung | [ ]  Nein | [ ]  Ja |
|  |  |  |  |
|  | Handschuhlänge | [ ]  Handgelenk | [ ]  Unterarmmitte | [ ]  Oberarm |
|  |  |  |  |  |
|  | Wie lange pro Schicht wurden die Handschuhe getragen? | […] |
|  |  |  |
|  | Herstellerbezeichnung und -adresse: | […] |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 6. | Werden Hautschutzmittel benutzt? | [ ]  Nein | [ ]  Ja |
|  |  |  |
|  | Wenn ja, welche? | Name: […] |
|  |  |  |
|  |  | Firma: […] |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 7. | Sind bei der versicherten Person während ihrer/seiner Tätigkeit bei Ihnen Hauterscheinungen aufgetreten? | [ ]  Nein | [ ]  Ja |
|  | Wenn ja:  |  |
|  |  |  |
|  | Welche? | […] |
|  |  |  |
|  | Sind diese Hauterscheinungen wiederholt aufgetreten? | [ ]  Nein | [ ]  Ja |
|  |  |  |
|  | Bitte nennen Sie uns Name und Anschrift Ihrer aktuellen Betriebsärztin bzw. Ihres aktuellen Betriebsarztes. | […] |
|  |  |  |
|  | Wurde diese/dieser bereits eingeschaltet? | [ ]  Nein | [ ]  Ja |
|  |  |  |
|  | Wenn ja, wann? | […] |
|  |  |  |

Für Rückfragen:

|  |  |
| --- | --- |
| Meine Funktion im Unternehmen: | […] |
| Telefonisch erreichbar: | […] |
| Am besten erreichbar: | […] |
| Fax-Nr.: | […] |

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