

Eignungsbeurteilung bei Tätigkeiten in Überdruck



Arbeiten in Druckluft Taucherarbeiten (DGUV Empfehlung „Überdruck“)

Für den Unternehmer/die Unternehmerin

Angaben zur Person der/des Versicherten

Rentenversicherungs-Nr.	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	Staatsangeh.	<input type="text"/>
Familienname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	Geburtsname	<input type="text"/>
Straße/Haus-Nr.	<input type="text"/>			Geschlecht	<input type="text"/>
Postleitzahl und Ort	<input type="text"/>				

Anschrift des Unternehmens

Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger	<input type="text"/>	Nr. d. Unfallversicherungsträgers	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>		
Straße/Haus-Nr.	<input type="text"/>		
Postleitzahl und Ort	<input type="text"/>		

Art der Tätigkeit:

Frühere Tätigkeiten in Überdruck (mit Zeitangaben):

Erstbeurteilung Anlassbezogene erneute Beurteilung

Besonders nach Druckfallerkrankung einer Erkrankung von länger als 6 Wochen oder mehrmaliger Erkrankung innerhalb von 6 Monaten ist durch Vorstellung beim beauftragten Arzt oder der beauftragten Ärztin zu entscheiden, ob ein Einsatz in Überdruck weiter zulässig oder ob vorzeitige Nachuntersuchung erforderlich ist.

Eignungsbeurteilung am: (Tag Monat Jahr)

*) Hier ggf. Empfehlungen für Schutzmaßnahmen, verkürzte Fristen, etc. eintragen.

Eignung gegeben *) Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben *)

Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben, verkürzte Fristen *)

Eignung nicht gegeben

Nächste Beurteilung: (Monat Jahr)

Datum der Vorsorge

Unterschrift (Stempel) des Arztes/der Ärztin (ggf. „im Auftrag“ als Zusatz)

Sie sind berechtigt, eine Entscheidung Ihres Unfallversicherungsträgers oder der zuständigen Behörde herbei zuführen, wenn Sie die Bescheinigung für unzutreffend halten.

Arbeitsanamnese (Zwischenfälle, Erkrankungen):

Letzte Röntgenuntersuchung am: (Tag Monat Jahr)

Arzt/Ärztin:

Ergebnis:

Familienanamnese

Anamnese (Wenn keine Angaben, Leerkästchen ausnullen; bei Platzmangel bitte Rückseite benutzen.)

- 01 Lungen
- 02 Herz
- 03 Magen
- 04 Leber
- 05 Niere
- 06 Endokrin / Blut
- 07 Rheuma
- 08 Wirbelsäule
- 09 Gelenke
- 10 Nerven, Gemüt
- 11 HNO
- 12 Augen
- 13 Haut / Venen / Allergien
- 14 Operationen
- 15 Unfälle
- 16 Kliniken / Kuren
- 17 Nikotin
- 18 Alkohol
- 19 Sportler / Taucher
- 20 jetzige Beschwerden

Befund (Wenn kein Befund, Leerkästchen ausnullen; bei Platzmangel bitte Rückseite benutzen.)

- 21 Allgemeinzustand
- 22 Kopf / NAP
- 23 Visus / Pupillen / Nystagmus
- 24 Trommelfelle / Gehör
- 25 Nase / Tuben
- 26 Mundhöhle / Gebiß
- 27 Hals
- 28 Thorax
- 29 Herz (EKG s. u.)
- 30 Lunge (Röntgen s. u.)
- 31 Leib
- 32 Leber / Milz
- 33 Hernien
- 34 Wirbelsäule
- 35 Extremitäten / Gelenke
- 36 Haut / Varizen
- 37 Nervensystem / Reflexe
- 38 Psyche / Intelligenz
- 39 Labor (s. u.)
- 40 Kreislauf (s. u.)
- 41 EKG
- 42 Röntgen – Thorax
- 43 Sonstiges

Kreislauf	RR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Puls (Ruhe) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Größe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	Gewicht <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Dauer u. Art der Belastung:			Vitalkap. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ml	Atemstoß <input type="text"/> <input type="text"/> %
sofort:	RR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Puls <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Blut/BSG <input type="text"/> <input type="text"/> mm/h	Hb <input type="text"/> <input type="text"/> g/dl
nach <input type="text"/> <input type="text"/> min.	RR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Puls <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
nach <input type="text"/> <input type="text"/> min.	RR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Puls <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
nach <input type="text"/> <input type="text"/> min.	RR <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Puls <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
			Urin	E Z Ubg Ery

Bemerkungen: