

Ihr Zeichen:  
Ihre Nachricht vom:  
Unser Zeichen:  
Ihre Ansprechperson:  
Telefon:  
Fax:  
E-Mail:

Datum:

## Betriebsärztlicher Gefährdungsbericht Haut (BK-Nr. 5101)

- Erstmeldung einer arbeitsbedingten Hauterkrankung**  
 **Bericht im Rahmen der Aufklärung und Beratung nach § 9 Abs. 4 SGB VII**

### 1 Angaben zur erkrankten Person

- 1.1 Name, Vorname: 1.5 Geburtsdatum:  
1.6 Telefon-Nr.:  
1.2 Anschrift: 1.7 Geschlecht:  
1.3 Staatsangehörigkeit:  
1.4 Name und Anschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers (der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule):

### 2 Angaben zur Erwerbstätigkeit

- 2.1 Derzeitige Tätigkeit (Angaben zu den Hautbelastungen unter 3):  
2.2 Seit wann ausgeübt:  
2.3 Übt die versicherte Person eine Nebentätigkeit aus?  
 Nein  Ja, welche?

...

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

### 3 Angaben zu Hautbelastungen/den vermuteten Krankheitsursachen

3.1 Kontakt zu hautschädigenden Arbeitsstoffen (nach Möglichkeit konkret benennen):

Bemerkungen (auch zur Verschmutzung oder zu irritativen Hautbelastungen):

3.2 Feuchtarbeit (ohne Okklusionszeiten):

Stunden pro Tag

Bemerkungen:

3.3 Handschuhtragezeiten (nur Okklusionszeiten):

Stunden pro Tag

Bemerkungen:

3.4 Handwaschfrequenz (Häufigkeit pro Schicht):

3.5 Bestehen **außerberuflich** nennenswerte Hautbelastungen (Haushalt, Hobbies, Gartenarbeit, Pflege von Angehörigen usw.)?

Nein     Ja, welche?

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

#### 4 Schutzmaßnahmen

##### 4.1 Persönliche Schutzmaßnahmen (bisher):

Handschuhe:  Nein  Ja, welche?

Hautschutzmittel:  Nein  Ja, welche?

Hautreinigungsmittel  Nein  Ja, welche?

Hautpflegemittel  Nein  Ja, welche?

Bemerkungen:

#### 5 Hauterscheinungen

##### 5.1 Befund/Beschwerden:

5.2 Seit wann bestehen die Hauterscheinungen?

5.3 Stehen die Hauterscheinungen im zeitlichen Zusammenhang mit arbeitsbedingten Einwirkungen?

Nein

Ja

Derzeit nicht sicher beurteilbar

5.4 Sind die Hauterscheinungen wiederholt aufgetreten?

Nein

Ja

5.5 Bestehen bei der/dem Erkrankten anlagebedingte Hauterkrankungen?

Nein

Ja, welche?

5.6 Dermatologische Behandlung

erfolgt seit  bei

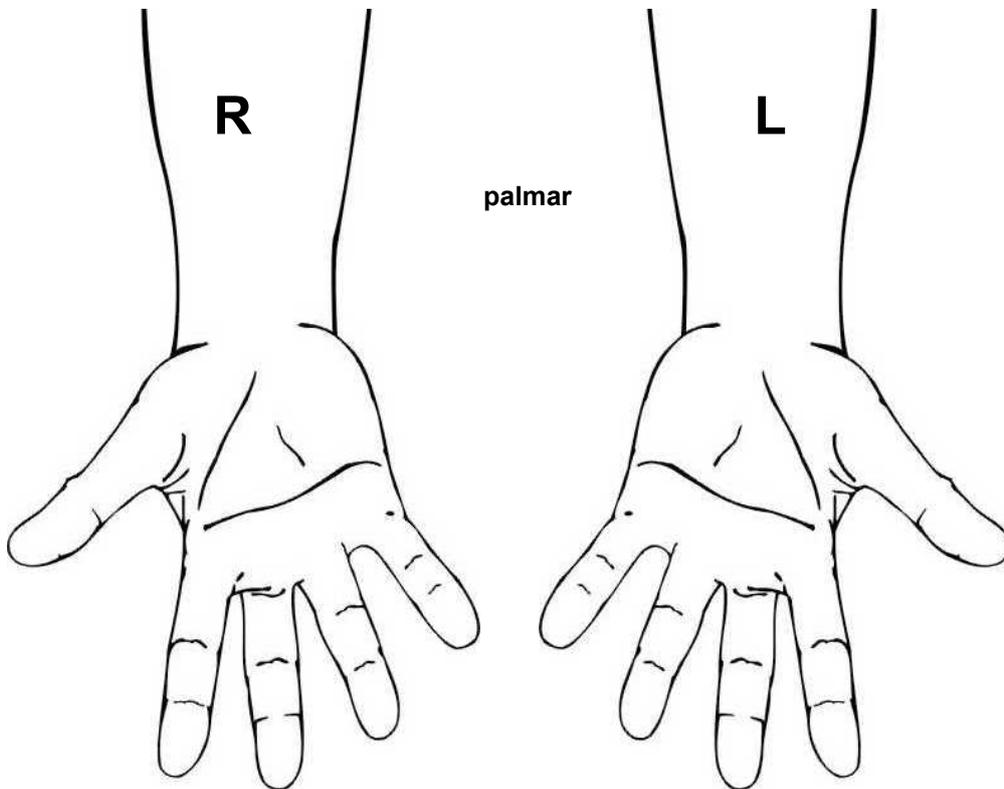
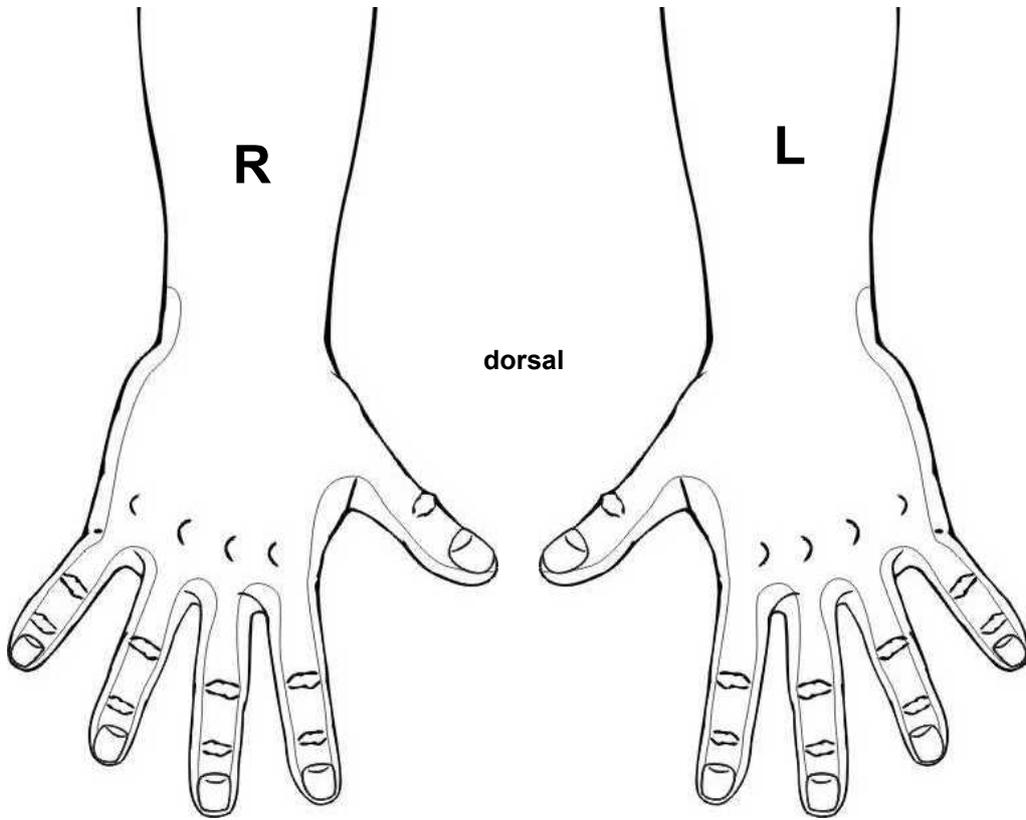
wurde veranlasst

bisher keine dermatologische Behandlung

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

5.7 Wo bestehen die Hauterscheinungen?



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

## 6 Präventionsmaßnahmen

6.1  Ich habe folgende Präventionsmaßnahmen veranlasst:  s. Vorbericht

Am Maßnahme:

Am Maßnahme:

Am Maßnahme:

6.2  Ich habe folgende Präventionsmaßnahmen geplant:

Ab Maßnahme:

Ab Maßnahme:

Ab Maßnahme:

6.3  Ich schlage folgende Präventionsmaßnahmen durch den UV-Träger vor

Hautschutzoptimierung erforderlich durch:

Beratung der versicherten Person durch einen Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin des UVT zu folgenden Sachverhalten:

Hautschutztraining/Ambulantes Hautschutzseminar

Stationäre Heilbehandlung

Weitere Maßnahmen (auch im privaten Bereich)

## 7 Fortsetzung der hautbelastenden Tätigkeiten

Das Fortsetzen der zur Erkrankung führenden hautbelastenden Tätigkeiten mithilfe angemessener Therapie- und Präventionsmaßnahmen ist

aus betriebsärztlicher Sicht möglich.

aus betriebsärztlicher Sicht nicht möglich, weil

Am erfolgte eine Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz ohne weitere Hautbelastung.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Betriebsärztin/  
des Betriebsarztes)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift/Stempel der Betriebsärztin/des  
Betriebsarztes/des Betriebsärztlichen Dienstes)

### Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass diese Angaben an den zuständigen Unfallversicherungsträger und an meine behandelnde Ärztin/meinen behandelnden Arzt übermittelt werden.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der erkrankten Person)

**Institutionskennzeichen (IK)**

Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –