

Erkrankung , geb.
- Bei Ihnen beschäftigt vom bis

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.
			<input type="checkbox"/> s. Beiblatt
			<input type="checkbox"/> s. Beiblatt
			<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> 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?	Umgebungsärm durch	Lärmmessung - personenbezogener äquivalenter Dauerschallpegel	Technische Schutzmaßnahmen/ persönliche Schutzausrüstung, wenn ja, Art:
Beispiel: Holzwerkstatt	20.03.1972 - 20.03.1973	Arbeiten an hand- bedienter Kreissäge	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja 5 Tage wöchentlich 6 Std. täglich	Holzkreissäge (Typ_____)	1 Meter	andere Holzbearbeitungs maschinen	95 dB (A)	
			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Tage wöchentlich Std. täglich					
			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Tage wöchentlich Std. täglich					
			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Tage wöchentlich [...]Std. täglich					
			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Tage wöchentlich Std. täglich					
			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Tage wöchentlich Std. täglich					

(Datum)

(Stempel und Unterschrift)