

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: [...]

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.
[...]	[...]	[...]	<input type="checkbox"/> Siehe Beiblatt
[...]	[...]	[...]	<input type="checkbox"/> Siehe Beiblatt
[...]	[...]	[...]	<input type="checkbox"/> Siehe Beiblatt

2. Wann und durch wen wurden Einstellungs- bzw. Personaluntersuchungen und/oder arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Am [...] <input type="checkbox"/> 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:	[...]

Für Rückfragen

Name Ansprechperson: [...]
(bitte in Druckbuchstaben)

Meine Funktion im Unternehmen: [...]

Meine Telefon-Nr.: [...]

Meine Mobil-Nr.: [...]

Meine Fax-Nr.: [...]

[...]

(Datum)

(Firmenbezeichnung oder 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?	<input type="checkbox"/> Aushilfskraft <input type="checkbox"/> Gesellin/Geselle <input type="checkbox"/> Ungelernte Arbeitskraft <input type="checkbox"/> Meisterin/Meister <input type="checkbox"/> Azubi <input type="checkbox"/> Sonstiges
2. Wie lautet ihre/seine genaue Berufsbezeichnung?	[...]

3. Mit welchen Arbeitsstoffen hatte sie/er Kontakt?
Bitte auf nachstehender Liste (ggf. auch mehrfach) ankreuzen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Metalle | <input type="checkbox"/> Chemikalien, wie z .B. Säuren oder Laugen |
| <input type="checkbox"/> Fette/Öle | <input type="checkbox"/> Stäube, Rauche, Nebel (z. B. Holz-, Metallverarbeitung) |
| <input type="checkbox"/> Nicht wassermischbare KSS (Schneidöle) | <input type="checkbox"/> Pflanzen oder Holz |
| <input type="checkbox"/> Wassermischbare KSS (Bohrwasser) | <input type="checkbox"/> Tiere |
| <input type="checkbox"/> Gummi (Natur-/Syntheseprodukte) | <input type="checkbox"/> Unkraut-/Schädlingsbekämpfungsmittel (Pestizide) |
| <input type="checkbox"/> Kleber, Lacke oder Farben | <input type="checkbox"/> Büromaterial |
| <input type="checkbox"/> Kunststoffe, auch faserverstärkte | <input type="checkbox"/> Textilien, Kleidung (nicht: eigene Kleidung) |
| <input type="checkbox"/> Baustoffe (z. B. Zement, Beton, Bitumen, Teer, auch Kunststoffe) | <input type="checkbox"/> Kosmetika o. Ä. (nicht: für eigenen Gebrauch) |
| <input type="checkbox"/> Konservierungsmittel (Biozide) oder Desinfektionsmittel | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel(-zusätze) (nicht: eigener Verzehr) |
| <input type="checkbox"/> Lösungsmittel (Verdünner, Benzine, Aceton o. Ä.) | <input type="checkbox"/> Medikamente (nicht: zur eigenen Einnahme) |
| <input type="checkbox"/> Reinigungsmittel (z. B. feste, flüssige, Allzweck-, Bodenreiniger) | <input type="checkbox"/> Feuchtarbeit |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Az.: [...], Name: [...]

Fragen	Antworten
4. Wie lauten die Handelsnamen und Anschriften der Hersteller/Herstellerinnen bzw. Lieferanten dieser Arbeitsstoffe? Bitte senden Sie ggf. die Sicherheitsdatenblätter zu.	[...]
5. Handelt es sich um Arbeiten, die häufig zu einer stärkeren Verschmutzung der Hände führten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
6. Wurden Schutzhandschuhe getragen? Wenn ja, welche? Handschuhmaterial Baumwollfütterung Handschuhlänge Wie lange pro Schicht wurden die Handschuhe getragen? Herstellerbezeichnung und -adresse:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja [...] <input type="checkbox"/> Leder <input type="checkbox"/> Gummi <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Anderes: [...] <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Handgelenk <input type="checkbox"/> Unterarmmitte <input type="checkbox"/> Oberarm [...] [...]
7. Werden Hautschutzmittel benutzt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Name: [...] Firma: [...]

Az.: [...], Name: [...]

8. Sind bei der versicherten Person während ihrer/seiner Tätigkeit bei Ihnen Hauterscheinungen aufgetreten? Wenn ja: Welche? Sind diese Hauterscheinungen wiederholt aufgetreten? Bitte nennen Sie uns Name und Anschrift Ihrer aktuellen Betriebsärztin bzw. Ihres aktuellen Betriebsarztes. Wurde diese/dieser bereits eingeschaltet? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja [...] <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja [...] <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja [...]
--	--

[...]

(Datum)

(Firmenbezeichnung oder Stempel und Unterschrift)