|  |
| --- |
| **ÄRZTLICHE ANZEIGE BEI VERDACHT AUF** **EINE BERUFSKRANKHEIT** |
| **1** Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes |  |
|       |  |
|  |
| **2** Empfänger/in |
|  |  |  |  |  |
|  |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **3** Name, Vorname der versicherten Person | **4** Geburtsdatum | Tag | Monat | Jahr |
|       |  |       |
| 5 Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
|       |       |       |
| **6** Geschlecht | **7** Staatsangehörigkeit | **8** Ist die versicherte Person gestorben? |
| [ ]  männlich [ ]  weiblich |       | [ ]  nein [ ]  ja, am  |
| **9** Fand eine Leichenöffnung statt? Wenn ja, wann und durch wen?      |
| **10** Welche Berufskrankheit(en) kommt/ kommen in Betracht? (ggf. BK-Nummer/n)      |
|  |  |
| **11** Krankheitserscheinungen, Beschwerden der versicherten Person, Ergebnis der Untersuchung mit Diagnose (Befundunterlagen bitte beifügen), Angaben der Behandlungsbedürftigkeit |
|       |
| **12** Wann traten die Beschwerden erstmals auf? |
|       |
| **13** Erkrankungen oder Berichte von Erkrankungen, die mit dem Untersuchungsergebnis in einem ursächlichen Zusammenhang stehen können |
|       |
| **14** Welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe am Arbeitsplatz bzw. welche Tätigkeiten werden für die Entstehung der Erkrankung als ursächlich angesehen? Welche Tätigkeiten übt/übte die versicherte Person wie lange aus?  |
|       |
| **15** Besteht Arbeitsunfähigkeit? Wenn ja, voraussichtlich wie lange?      |
| **16** In welchem Unternehmen ist oder war die versicherte Person zuletzt tätig? In welchem Unternehmen war die versicherte Person en unter 14 genannten Einwirkungen und Stoffen zuletzt ausgesetzt?       |
| **17** Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)       |
| **18** Behandlung: Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes oder des Krankenhauses (soweit bekannt auch Telefon- oder Fax-Nr.)      |
| **19** Die / der Unterzeichnende bestätigt, die versicherte Person über den Inhalt der Anzeige und den Empfänger / die Empfängerin (Unfallversicherungsträger oder für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Landesbehörde) informiert zu haben.  |
| **20** Datum      |  Ärztin / Arzt      |  | Telefon-Nr. für Rückfragen      |
| Bankverbindung IBAN BIC                   |