

Absender (Stempel)

Ärztliche Anzeige über eine Berufskrankheit

1 Mitgliedsnummer

2 Gewerbeaufsichtsamt/Bergamt

3 Betriebsnummer des Arbeitsamtes

4 Anschriftenfeld für den Empfänger der Anzeige

Zuständige Bezirksverwaltung

Unfallart **7**

Meldeart Meldejahr

Versicherungsträger

Gefahrtarif

Aktenzeichen

Angaben zum Versicherten

Angaben zum Gesundheitszustand
des Versicherten

Angaben zur beruflichen Tätigkeit
des Versicherten

5 Name, Vorname		(6) Versicherungsnummer oder Geburtsdatum							
		Tag	Monat	Jahr					
7 Straße		PLZ	Ort		zu 7				
(9) Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		10 Staatsangehörigkeit		zu 9		zu 10			
11 In welchem Unternehmen ist der Versicherte zurzeit ständig tätig?									
(12) Als was ist der Versicherte regelmäßig eingesetzt?				13 Seit wann bei dieser Tätigkeit?					
18 Krankenkasse des Versicherten (Name, Ort)									
19 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt?		Tag	Monat	20 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen?		Tag	Monat		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am					
22 Welche Beschwerden äußerte der Versicherte?				23 Wann traten sie erstmals auf?					
24 Auf welche beruflichen Einwirkungen führt der Versicherte die Beschwerden zurück?									
25 Welche Berufskrankheit liegt vor oder wird angenommen?						zu 25			
(26) Ergebnis der Untersuchung mit DIAGNOSE (Unterlagen bitte beifügen)									
(27) Vorerkrankungen									
28 Welcher Arzt (Anschrift) hat den Versicherten wegen seiner Beschwerden zuerst behandelt, wann?				29 Welcher Arzt (Anschrift) behandelt den Versicherten zurzeit?					
30 Wo befindet sich der Versicherte zurzeit (zu Hause, Krankenhaus, Sanatorium)?				31 Welche Behandlungsmaßnahmen wurden eingeleitet und wann? <input type="checkbox"/> keine					
32 Ist der Versicherte tot?		33 Zeitpunkt des Todes		Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute	zu 33
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja									
34 Fand eine Leichenöffnung statt? Wenn ja, wann und durch wen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja									
35 Name und Art des Unternehmens, in dem die Ursache der Erkrankung vermutet wird			PLZ	Ort, Straße					
36 Welche Tätigkeiten übte der Versicherte bisher aus?									
37 Welche Tätigkeit wird für die Entstehung der Berufskrankheit als ursächlich angesehen?				38 Wann wurde diese Tätigkeit verrichtet und wie lange?					
39 Wurden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, wann, durch wen und mit welchem Ergebnis?									
(40) Welche weiteren Angaben können gemacht werden?									
Ort, Datum				Unterschrift des Arztes					
Anschrift									
Geldinstitut	Konto-Nr.	Bankleitzahl							
				Beidruck des Namenstempels oder Wiederholung des Namens in Schreibmaschine erforderlich					