Anzeige des Unternehmers bei Anhaltspunkten für eine Berufskrankheit

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

3 Empfänger

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege
Bezirksverwaltung _____
Postfach _____

Postleitzahl _____ _____

Aktenzeichen:

4 Name, Vorname d. Versicherten		5 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
6 Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort			
7 Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich	8 Staatsangehörigkeit	9 Leiharbeitnehmer ☐ ja ☐ nein			
10 Auszubildende/r ☐ ja ☐ nein	11 Ist d.Versicherte ☐ Unternehmer ☐ mit dem Unternehmer verwandt	☐ Ehegatte des Unternehmers ☐ Gesellschafter/Geschäftsführer			
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für ☐☐ Wochen	13 Krankenkasse d. Versicherten (Name, PLZ, Ort)				

14 Welche Krankheitserscheinungen liegen vor, die Anhaltspunkte für die Anzeige bilden? Welche Beschwerden äußert d. Versicherte? Auf welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe führt er/sie die Beschwerden zurück?

15 Welche gefährdenden Tätigkeiten hat der Versicherte ausgeübt? Welchen gefährdenden Einwirkungen und Stoffen war er/sie bei der Arbeit ausgesetzt?

16 Wurden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, durch wen und wann?

17 Wurden die unter Nummer 15 genannten Gefährdungsfaktoren am Arbeitsplatz des Versicherten überprüft (z. B. Gefährdungsbeurteilung, Messungen), wenn ja mit welchem Ergebnis?

18 Datum | Unternehmer/Bevollmächtigter | Betriebsrat (Personalrat) | Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)