

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

5 Name, Vorname (6) Versicherungsnummer oder Geburtsdatum
Tag Monat Jahr

7 Straße PLZ Ort zu 7

(9) Geschlecht männlich 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? nein ja, am Tag Monat 20 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? nein ja, am Tag Monat

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? keine

32 Ist der Versicherte tot? nein ja 33 Zeitpunkt des Todes Tag Monat Jahr Stunde Minute zu 33

34 Fand eine Leichenöffnung statt? nein ja Wenn ja, wann und durch wen?

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?

Angaben zum Gesundheitszustand des Versicherten

Angaben zur beruflichen Tätigkeit des Versicherten

Ort, Datum Unterschrift des Arztes

Anschrift

Geldinstitut Konto-Nr. Bankleitzahl Beidruck des Namenstempels oder Wiederholung des Namens in Schreibmaschine erforderlich