|  |
| --- |
| **ANZEIGE DER UNTERNEHMERIN/DES UNTERNEHMERS BEI ANHALTSPUNKTEN FÜR EINE BERUFSKRANKHEIT** |
| **1** Name und Anschrift des Unternehmens | **2** Unternehmensnummer beim Unfallversicherungsträger |
|       |       |
|  |
| **3** Empfänger/-in |
|  |  |  |  |  |
|  |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **4** Name, Vorname der versicherten Person | **5** Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) |
|       |       |
| **6** Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
|       |       |       |
| **7** Geschlecht | **8** Staatsangehörigkeit | **9** Leiharbeitnehmer/-in |
| [ ]  Männlich [ ]  Weiblich [ ]  Divers [ ]  Keine Angabe |       | [ ]  Nein [ ]  Ja |
| **10** Auszubildende/-r[ ]  Nein [ ]  Ja | **11** Die versicherte Person ist | [ ]  Unternehmer/-in[ ]  Gesellschafter/-inGeschäftsführer/-in | [ ]  mit dem/der Unternehmer/-in[ ]  verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend[ ]  verwandt |
| **12** Anspruch auf Entgeltfortzahlung  | **13** Krankenkasse (Name, PLZ, Ort, bei Familienversicherung Name des Mitglieds) |
| besteht für |       | Wochen |       |
|  |  |  |  |
| **14** Welche Krankheitserscheinungen liegen vor, die Anhaltspunkte für die Anzeige bilden? Welche Beschwerden äußert die versicherte Person? Auf welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe führt die versicherte Person die Beschwerden zurück? |
|       |
| **15** Welche gefährdenden Tätigkeiten hat die versicherte Person ausgeübt? Welchen gefährdenden Einwirkungen und Stoffen war die versicherte Person bei der Arbeit ausgesetzt? |
|       |
| **16** Wurde arbeitsmedizinische Vorsorge durchgeführt? Wenn ja, durch wen und wann? |
|       |
| **17** Wurden die unter Nummer 15 genannten Gefährdungsfaktoren am Arbeitsplatz der versicherten Person überprüft (z. B. Gefährdungs­beurteilung, Messungen)? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? |
|       |
|       |       |  |       |
| **18** Datum | Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r) | Betriebsrat (Personalrat) | Telefon-Nr. für Rückfragen |