|  |
| --- |
| **ANZEIGE DES UNTERNEHMERS BEI ANHALTSPUNKTENFÜR EINE BERUFSKRANKHEIT** |
| **1** Name und Anschrift des Unternehmens | **2** Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers |
|       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **3** Empfänger |
|  |  |  |  |  |
|  |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **4** Name, Vorname des Versicherten | **5** Geburtsdatum | Tag | Monat | Jahr |
|       |  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **6** Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
|       |   |   |   |   |   |       |
| **7** Geschlecht | **8** Staatsangehörigkeit | **9** Leiharbeitnehmer |
| [ ]  männlich [ ]  weiblich |       | [ ]  ja [ ]  nein |
| **10** Auszubildender[ ]  ja [ ]  nein | **11** Ist der Versicherte [ ]  Unternehmer [ ]  Ehegatte des Unternehmers [ ]  mit dem Unternehmer verwandt [ ]  Gesellschafter/Geschäftsführer |
| **12** Anspruch auf Entgeltfortzahlung  | **13** Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort) |
| besteht für |   |   | Wochen |       |
|  |  |
| **14** Welche Krankheitserscheinungen liegen vor, die Anhaltspunkte für die Anzeige bilden? Welche Beschwerden äußert der Versicherte? Auf welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe führt er die Beschwerden zurück? |
|       |
| **15** Welchen gefährdenden Tätigkeiten hat der Versicherte ausgeübt? Welchen gefährdenden Einwirkungen und Stoffen war er 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) |