

Maschinell ausgedruckte Daten bitte überprüfen, evtl. berichtigen oder fehlende Daten nachtragen.

Angaben zum Versicherten: Familienname, Geburtsname, Straße, Postleitzahl und Ort; Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers; Vorname, Staatsangeh., Krankenkasse, Änderungen; Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr).

Angabe des Arbeitgebers: Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger; Nr. des Unfallversicherungsträgers; Name; Straße; Postleitzahl und Ort.

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis: Einstellung am (TAG:MONAT:JAHR); Art der Tätigkeit; Änderung zu Art der Tätigkeit; unter Einwirkung von Staub beschäftigt seit (TAG:MONAT:JAHR); Einwirkung durch; Änderung zu Einwirkung durch; Tätigkeitsbereich; Änderung zu Tätigkeitsbereich; Art der verwendeten technischen Hilfsmittel; Änderung zu Art der verwendeten techn. Hilfsm.; Art der Schutzmaßnahmen; Änderung zu Art der Schutzmaßnahmen.

An Ugg'XYf' Vorsorge 1)

ÖÖWXE;') ä•éc ^ 1.1 [] 1.2 [] 1.3 [] X[!AE -æ@ ^Ä^!Ävéä \^ä^] Nachuntersuchung [] nachgehende X[!•[!*^ []

Die arbeitsmedizinische Vorsorge wurde am durchgeführt: 2) [] . [] . [] Bericht-Datum [] . [] . [] Die nächste Vorsorge ist durchzuführen H) [] . [] LV-Kennzeichen des Arztes []

Eine Untersuchung wurde durchgeführt 1)

ja [] nein []

Bemerkungen z.B. für Maßnahmen des Arbeitsschutzes hier eintragen. Ergänzende Bemerkungen zu Befunden etc. ausschließlich auf Satz IV aufführen!

Im obigen Bereich wurden Änderungen des eingedruckten Textes vorgenommen [] Eine Röntgenbildbefundung auf Satz IV wurde nicht durchgeführt []

Stempel und Unterschrift des Arztes

01/13 14. geänderte Auflage

Anschrift des Arztes

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Vom Arzt auszufüllen

F) Öac/ä) \!^": ^) FEÄÄ ää [*^) ^!Äüæ ä FEÄÄ ää ^ c FEÄÄ ^) •ä@!Ä ä ^!ä ä @!Ä ä ^! •æ ä MSæ* \!ä FÖ ä ^! FÖÄÄ BÖÄÄ (ä ä { • ää æ [\!^D G) Pæ@ä^!Ä^ä) æ@ ^ä Ä ä ^!Ää ä ä (^ä ä ä @) Ä [!•[!*^ ist eine Vorsorgebescheinigung auszustellen (siehe AMR 6.3 Vorsorgebescheinigung)

3) Festlegung der Fristen nach AMR Nr. 2.1 beachten Medizinische Gründe für einen vorzeitigen Vorsorgetermin auf Satz IV aufführen

1) Körperliche oder klinische Untersuchungen dürfen erst nach Aufklärung und Beratung und nicht gegen den Willen des/der Beschäftigten durchgeführt werden (§§ 2, 6 ArbMedVV)

*) Bitte nur in arabischen Zahlen, evtl. mit Nullen aufgefüllt angeben
**) Bei Änderung bitte den neuen Namen darüber schreiben
***) Nach dem Schlüsselverzeichnis der Gesundheitsvorsorge (GVS) vormals: Zentrale Erfassungsstelle Asbest

Satz II

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

--	--

Datum der Untersuchung

Tag	Monat	Jahr

Anamnese (Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3)

Arbeitsanamnese
Nicht für ZebWIS-Untersuchungen

	Quarzstaub	Asbeststaub	Keramische Fasern
1. Haben Sie vor Eintritt in diesen Betrieb staubgefährdet gearbeitet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. In welchem Jahr erfolgte die erstmalige Staubbelastung?	Jahr *) [][][][]	Jahr *) [][][][]	Jahr *) [][][][]
Art der Tätigkeit (bitte genaue Angaben): []			
3. Wieviele Jahre waren oder sind Sie insgesamt staubbelastet?	Jahre Monate *) [][] [][]	Jahre Monate *) [][] [][]	Jahre Monate *) [][] [][]
4. Haben Sie einen staubgefährdeten Arbeitsplatz wegen einer oder mehrerer der nebenstehenden Beschwerden aufgegeben?	a) wegen Beschwerden der Atmungsorgane	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	b) wegen Beschwerden des Herzens	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	c) wegen Beschwerden des Kreislaufs	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Beschwerdeanamnese

Bitte Zutreffendes ankreuzen

5. Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der nebenstehenden Krankheiten?	a) Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt	Jahr der Erkrankung	[][][][] *)	
	b) Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt	Jahr der Erkrankung	[][][][] *)	
	c) Rippenfellentzündung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt	Jahr der Erkrankung	[][][][] *)	
	d) jährlich mehrfach Bronchitis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jahr des Beginns	[][][][] *)	
	e) Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jahr des Beginns	[][][][] *)	
	f) sonstige chronische Erkrankungen und welche (ggf. Klartext):	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jahr des Beginns	[][][][] *)	
6. Husten Sie während mindestens dreier Monate im Jahr?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Monat und Jahr des Beginns	[][] [][][][] *)		
7. a) Haben Sie Auswurf während mindestens dreier Monate im Jahr?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jahr des Beginns	[][][][] *)		
	b) Hämoptysen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jahr des Beginns	[][][][] *)	
8. Verspüren Sie in letzter Zeit anhaltende Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Fremdkörpergefühl im Hals?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
9. Rauchen Sie? (Wenn ja oder nicht mehr bitte Angabe über Anzahl der Packyears. Ein Packyear entspricht ca. 20 Zigaretten täglich pro Jahr.)	<input type="checkbox"/> nein		von (Jahr)	[][][][] *)	
<input type="checkbox"/> nicht mehr	} → [][][] Anzahl Packyears	1-10 Zigaretten/Tag	[][][][] *)	bis (Jahr)	[][][][] *)
<input type="checkbox"/> ja		11-20 Zigaretten/Tag	[][][][] *)	[][][][] *)	
<input type="checkbox"/> ja Pfeife		21-40 Zigaretten/Tag	[][][][] *)	[][][][] *)	
<input type="checkbox"/> ja Zigarren		> 40 Zigaretten/Tag	[][][][] *)	[][][][] *)	
10. Haben Sie in den letzten sechs Monaten an Gewicht abgenommen ?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

*) Bitte nur in arabischen Zahlen, evtl. mit Nullen aufgefüllt angeben

Satz III

Datum der Untersuchung

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

Tag		Monat		Jahr			

Befunde (Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3)

Allgemein	Konstitution	<input type="checkbox"/> indifferent	<input type="checkbox"/> leptosom	<input type="checkbox"/> athletisch	<input type="checkbox"/> pyknisch	<input type="checkbox"/> sonstiges	
	Allgemeiner Körperzustand	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> adipös	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> kachektisch	<input type="checkbox"/> vorgealtert	
	Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Brust	<input type="checkbox"/> Lenden	<input type="checkbox"/> Kyphose	<input type="checkbox"/> Lordose	<input type="checkbox"/> Skoliose
Thorax und Lungen	Brustkorb	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Beweglichkeit eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Nachschleppen links	<input type="checkbox"/> Nachschleppen rechts	<input type="checkbox"/> Deformität	<input type="checkbox"/> sonstiges
	Atmung	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Dyspnoe in Ruhe	<input type="checkbox"/> Dyspnoe bei Belastung	<input type="checkbox"/> Stridor		<input type="checkbox"/> sonstiges
	Klopfschall rechts	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> gedämpft	<input type="checkbox"/> hypersonor	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> Mitte	<input type="checkbox"/> unten
	links	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> gedämpft	<input type="checkbox"/> hypersonor	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> Mitte	<input type="checkbox"/> unten
	Atemgeräusch rechts	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> bronchial	<input type="checkbox"/> verschärft	<input type="checkbox"/> abgeschwächt	<input type="checkbox"/> Expiration verlängert	<input type="checkbox"/> sonstiges
	links	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> bronchial	<input type="checkbox"/> verschärft	<input type="checkbox"/> abgeschwächt	<input type="checkbox"/> Expiration verlängert	<input type="checkbox"/> sonstiges
	Nebengeräusch rechts	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Knisterrasseln	<input type="checkbox"/> sonstige RG		<input type="checkbox"/> klingend	<input type="checkbox"/> nicht klingend
	links	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Knisterrasseln	<input type="checkbox"/> sonstige RG		<input type="checkbox"/> klingend	<input type="checkbox"/> nicht klingend
	Herz und Kreislauf	Herztöne	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Herzgeräusche		<input type="checkbox"/> sonstiges	
	Herzaktion	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Extrasystolen	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen		<input type="checkbox"/> sonstiges	

Messergebnisse (Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3)

Jede Spalte muss beantwortet sein. Leerstellen bitte evtl. mit Nullen auffüllen.

Größe (in cm)	<input type="text"/>	Herzfrequenz/min.	<input type="text"/>	Lungenfunktion (BTPS) Vitalkapazität (VC) Soll nach EGKS (in Litern)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bei nachgehenden Untersuchungen nach G 1.2 sind nur die kleingedruckten Mindest-Normwerte der EGKS-Tabelle von 1973 zugrunde zu legen	
Gewicht (in kg) halbbedeckt	<input type="text"/>	Blutdruck mm Hg. sitzend, rechter Arm		Vitalkapazität (in Litern)	1. Messung			2. Messung	3. Messung
		systolisch	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		diastolisch	<input type="text"/>	Atemstoßwerte/Sek. (FEV1) Messwerte (in Liter/n/Sek.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Prozentverhältnis FEV1 MAX / VC MAX (in %)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Beurteilung der Ventilation normal obstruktiv restriktiv

2618756301

*) Bitte nur in arabischen Zahlen, evtl. mit Nullen aufgefüllt angeben

Satz IV

Datum der Untersuchung

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

_____._____._____
 Tag Monat Jahr

THORAX-RÖNTGENBEFUND nach der ILO Klassifikation 2000 / Bundesrepublik Deutschland (Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3)

Bildgüte		<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> seitl. Aufnahme vorhanden
Lunge	Kleine Schatten Streuung Rundliche Form	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	Felder	
	Größe p q r	<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 3/3	<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> LO
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> LM
						<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> LU
	Unregelmäßige Form	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> LO
	Größe s t u	<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 3/3	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> LM
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+	<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> LU
	Gemischte Formen	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> LO
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 3/3	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> LM
		<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+	<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> LU
	Große Schatten	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> LO
						<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> LM
						<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> LU
Pleura	Adhärenz des kostophrenischen Winkels	<input type="checkbox"/> o.B.	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	▶▶▶ Befund Pleura nicht vollständig, da abgeschnitten <input type="checkbox"/>			
	Pleuraverdickung diffus seitliche Brustwand	Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht		Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht		Felder	
		R <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> LO		
		<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> LM		
	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> LU			
Pleuraverdickung umschrieben (Plaques)	Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht		Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht		Lokalisation		
	R <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/>	Zwerchfell R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b	Brustwand <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c					
Pleuraverkalkung	<input type="checkbox"/> o.B.	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>			

- Symbole**
- keine fr
 - aa hi
 - at ho
 - ax id
 - bu ih
 - ca kl
 - cg me
 - cn od
 - co pa
 - cp pb
 - cv pi
 - di px
 - ef ra
 - em rp
 - es tb

BK-BEURTEILUNG *)

Keine Hinweise auf anzeigespflichtige Veränderungen

Anzeigepflicht): Begründeter Verdacht**

- Silikose (BK-Nr. 4101)
- Asbestose (BK-Nr. 4103)
- Asbestverursachter Kehlkopfkrebs (BK-Nr. 4104)
- Siliko-Tuberkulose (BK-Nr. 4102)
- Asbestverursachte Pleuraerkrankung (BK-Nr. 4103)
- Asbestverursachtes Mesotheliom des Rippenfells, Bauchfells oder Pericards (BK-Nr. 4105)
- Lungenkrebs bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (BK-Nr. 4112)
- Asbestverursachter Lungenkrebs (BK-Nr. 4104)
- Erkrankungen durch ionisierende Strahlen (BK-Nr. 2402)
- Sonstiges: _____

Begründung BK / Ergänzende Befunde*) / Vorschläge und/oder veranlasste Massnahmen (Bitte in Druckbuchstaben)**

Stempel und Unterschrift des Arztes

*) Bitte zutreffendes ankreuzen
 **) Bitte BK-Anzeige erstellen und an den zuständigen UV-Träger senden sowie den Versicherten unterrichten
 ***) In begründeten Fällen gem. den Grundsätzen G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3 jeweils Nr. 1.2.3