

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen:
Ihr Ansprechperson:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

Datum:

Hautarztbericht **– UV-Träger –**
– Behandlungsverlauf

1 Angaben zur versicherten Person

1.1 Name, Vorname:

1.2 Geburtsdatum:

2 Angaben zur Erwerbstätigkeit

Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

2.1 Derzeitige Tätigkeit:

2.2 Seit wann ausgeübt:

2.3 Übt die versicherte Person eine Nebentätigkeit aus? Nein Ja, welche?

**3 Angaben zu arbeitsbedingten
Hautbelastungen/Schutzmaßnahmen**

Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

3.1 Arbeitsstoffe (nach Möglichkeit konkret benennen):

Bemerkungen (auch zur Verschmutzung oder zu irritativen Hautbelastungen):

3.2 Feuchtarbeit (ohne Okklusionszeiten):

Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

Stunden pro Tag

Bemerkungen:

...

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

3.3 Handschuhtragezeiten (nur Okklusionszeiten): Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht
Stunden pro Tag

Bemerkungen:

3.4 Handwaschfrequenz (Häufigkeit pro Schicht): Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

3.5 Persönliche Schutzmaßnahmen: Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

– Handschuhe: Nein Ja, welche?

– Hautschutzmittel: Nein Ja, welche?

– Hautreinigungsmittel: Nein Ja, welche?

– Hautpflegemittel: Nein Ja, welche?

Bemerkungen:

3.6 Bestehen **außerberuflich** nennenswerte Hautbelastungen (Haushalt, Hobbies, Gartenarbeit, Pflege von Angehörigen usw.)?

Nein Ja, welche?

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
----------------	---------------

4. Angaben zu Hauterscheinungen

4.1 Hautzustand im Berichtszeitraum:

- Unverändert
- Besserung? In welcher Form?
- Verschlechterung? In welcher Form?

4.2 In der folgenden Tabelle bitten wir um Angabe der von Ihnen durchgeführten Untersuchungen seit der letzten Berichterstattung:

Tag der Untersuchung	Hautbefund <small>Bitte den Hautbefund <u>an beruflich exponierten Arealen</u> mit Lokalisation und Morphe beschreiben</small>	Diagnose (inkl. ICD 10)¹	Beurteilung <small>- Während der Arbeit - In arbeitsfreier Zeit - Unter Therapie, z. B. Kortison (Mehrfachnennungen möglich)</small>	Arbeitsunfähigkeit <small>wegen der Hauterkrankung bescheinigt</small> Von - Bis	Hauterkrankung vollständig abgeheilt?
			<input type="checkbox"/> Während der Arbeit <input type="checkbox"/> In arbeitsfreier Zeit <input type="checkbox"/> Unter Therapie, z. B. Kortison		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit:
			<input type="checkbox"/> Während der Arbeit <input type="checkbox"/> In arbeitsfreier Zeit <input type="checkbox"/> Unter Therapie, z. B. Kortison		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit:
			<input type="checkbox"/> Während der Arbeit <input type="checkbox"/> In arbeitsfreier Zeit <input type="checkbox"/> Unter Therapie, z. B. Kortison		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit:

¹ Werden im Verlauf der Behandlung weitere Sensibilisierungen festgestellt, fügen Sie diesem Bericht bitte die entsprechenden Testprotokolle bei mit Angabe des Testkammersystems sowie der Beurteilung der klinischen Relevanz der Sensibilisierung.

...

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

5 Empfehlungen zur Therapie und Prävention

5.1 Therapie:

- Basispflege/-therapie, sowie harnstoff- oder gerbstoffhaltige Externa: Nein Ja, welche?

Pharmakologische Therapie

- Topische Therapie: Nein Ja, Präparate/Wirkstoffe?

- Systemische Therapie: Nein Ja, Präparate/Wirkstoffe?

- Physikalische Therapiemaßnahmen: Nein Ja, welche?

- Sonstige Maßnahmen: Nein Ja, welche?

Wiedervorstellung veranlasst am

Behandlung zu Lasten des UVT durch mich durch

5.2 Präventionsmaßnahmen – ärztlich eingeleitet -

Präventionsmaßnahmen – Empfehlungen an den UV-Träger

Hautschutzoptimierung erforderlich durch:

Beratung der versicherten Person durch einen Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin des UVT zu folgenden Sachverhalten

Hautschutztraining/Ambulantes Hautschutzseminar

Stationäre Heilbehandlung

Weitere Maßnahmen (auch im privaten Bereich)

6 Fortsetzung der hautbelastenden Tätigkeiten

Das Fortsetzen der zur Erkrankung führenden hautbelastenden Tätigkeiten mithilfe angemessener Therapie- und Präventionsmaßnahmen ist

aus medizinischer Sicht möglich.

aus medizinischer Sicht nicht möglich, weil:

...

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
----------------	---------------

Datenschutz:

Über den Zweck des Hautarztberichts und dessen Verwendung habe ich informiert.

Rechnung

Pauschbetrag	EUR
Abrechnung vorheriger Konsultationen nach Ziffer 1	EUR
Porto	EUR
zusammen	EUR

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Anschrift/Stempel des Arztes/der Ärztin

Sie erhalten eine Gebühr (Nr.131) und Auslagen nach der UV-GOÄ. Darin enthalten ist die Untersuchung nach Nr. 1 bzw. Nr. 6 UV-GOÄ.

Verteiler

Unfallversicherungsträger
Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beiblatt Hautbefund am

Befund bitte in freier Form in Abschnitt 4 beschreiben

