

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

Datum:

Hautarztbericht – UV-Träger –
– Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention

1 Angaben zur versicherten Person

- 1.1 Name, Vorname: Geburtsdatum:
1.2 Anschrift: Telefon-Nr.:
1.3 Staatsangehörigkeit: Geschlecht:
1.4 Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin (der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule):
1.5 Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds):

2 Angaben zur beruflichen Beschäftigung

- 2.1 Derzeitige Tätigkeit:
2.2 Seit wann ausgeübt:
2.3 Vorherige Tätigkeit:
2.4 Übt die versicherte Person eine Nebentätigkeit aus? Nein Ja, welche?

3 Angaben zu Hautbelastungen/Schutzmaßnahmen

- 3.1 Arbeitsstoffe (nach Möglichkeit konkret benennen):

Bemerkungen (auch zur Verschmutzung):

- 3.2 Feuchtarbeit: Stunden pro Tag
Bemerkungen:

...

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

3.3 Handschuhtragezeiten (nur Okklusionszeiten): Stunden pro Tag

Bemerkungen:

3.4 Handwaschfrequenz (Häufigkeit pro Schicht):

3.5 Persönliche Schutzausrüstung:

– 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, usw.)?

Nein Ja, welche?

4 Angaben zur Erkrankung

4.1 Wann ist die Hauterkrankung erstmals aufgetreten?

4.2 Lokalisation(en) der ersten Hauterscheinungen?

4.3 Art der Hautveränderungen?

4.4 Erfolgte deswegen bereits eine ärztliche Behandlung? Nein Ja

Wenn ja, Zeitpunkt/ Zeitraum der Behandlung	<input type="checkbox"/> durch mich	<input type="checkbox"/> durch anderen Arzt/Ärztin (Name, Anschrift)	Häufigkeit	Arbeitsunfähigkeit
			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	(ggf. Zeitraum) bis

4.5 Wurde ein Betriebsarzt/eine Betriebsärztin eingeschaltet bzw. informiert? Nein Ja

4.6 Wurden im Betrieb bereits arbeitsplatz- oder personenbezogene Maßnahmen durchgeführt?

Nein Ja, welche?

4.7 Wurde die Erkrankung bereits gemeldet? Nein Ja, bei UVT:

5 Hautbefund

5.1 Beurteilungsgrundlage:

Während der Berufstätigkeit Während arbeitsfreier Zeit (Arbeitsunfähigkeit/Urlaub)

Unter Cortisontherapie

5.2 Aktueller Hautbefund – **bitte Detailangaben auf Beiblatt** –:

– Datum der Untersuchung:

– Lokalisation:

– Morphologie:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

5.3 Atopie:

(u. a. Beugeneckzem, vorberufliches Handekzem inklusive Pompholyx, Juckreiz beim Schwitzen oder nach dem Duschen, Ohrrhagaden, Pityriasis alba, Herthogezeichen, weißer Dermographismus)

– Anamnestisch: Keine Hinweise Ja, folgende:

– Klinisch: Keine Hinweise Ja, folgende:

5.4 Sonstiger Befund (z. B. Psoriasis, Rosazea, seborrhoisches Ekzem):

6 Testungen

sind vorgesehen, voraussichtlich am

sind nicht vorgesehen

wurden von mir am _____ durchgeführt
(Bitte Testprotokolle mit Angabe des Testkammersystems beifügen.)

wurden von _____ durchgeführt (Bitte – wenn vorhanden – Testprotokolle beifügen.)

Falls Sensibilisierungen gegen Berufsallergene nachgewiesen wurden:

Allergen: _____ Klinische Relevanz: Nein Ja Derzeit nicht beurteilbar

Allergen: _____ Klinische Relevanz: Nein Ja Derzeit nicht beurteilbar

Allergen: _____ Klinische Relevanz: Nein Ja Derzeit nicht beurteilbar

Bemerkungen:

7 Diagnosen

8 Beurteilung

Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Hauterkrankung:

Nein Ja, folgende – bitte begründen –:

Besserung im Urlaub

Besserung in arbeitsfreier Zeit (z. B. andere Erkrankungen, Kurzarbeit)

Sonstige:

9 Empfehlungen

9.1 Therapieempfehlung:

– Basispflege/-therapie: Nein Ja, welche?

– Andere Externa: Nein Ja, Präparat/Wirkstoff?

– Physikalische Therapiemaßnahmen: Nein Ja, welche?

– Sonstige Maßnahmen: Nein Ja, welche?

Wiedervorstellung veranlasst am

Behandlung zu Lasten des UVT durch mich durch

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

9.2 Präventionsempfehlungen:

- Hautschutzoptimierung

- Beratung der versicherten Person durch einen Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin des UVT

- Hautschutztraining/Ambulantes Hautschutzseminar

- Stationäre Heilbehandlung

- Empfehlung zu beruflichen Hautmitteln

- Empfehlung zu Schutzhandschuhen

- Sonstige Maßnahmen (z. B. im privaten Bereich)

10 **Aufgabe der derzeit ausgeübten Tätigkeit:**

- Tätigkeit kann voraussichtlich weiter ausgeübt werden.
- Tätigkeitsaufgabe droht, weil:

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

Datenschutz:

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

Rechnung

Pauschbetrag		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.130) und Auslagen nach der UV-GOÄ. Darin enthalten ist die Untersuchung nach Nr. 1 bzw. Nr. 6 UV-GOÄ.

Verteiler

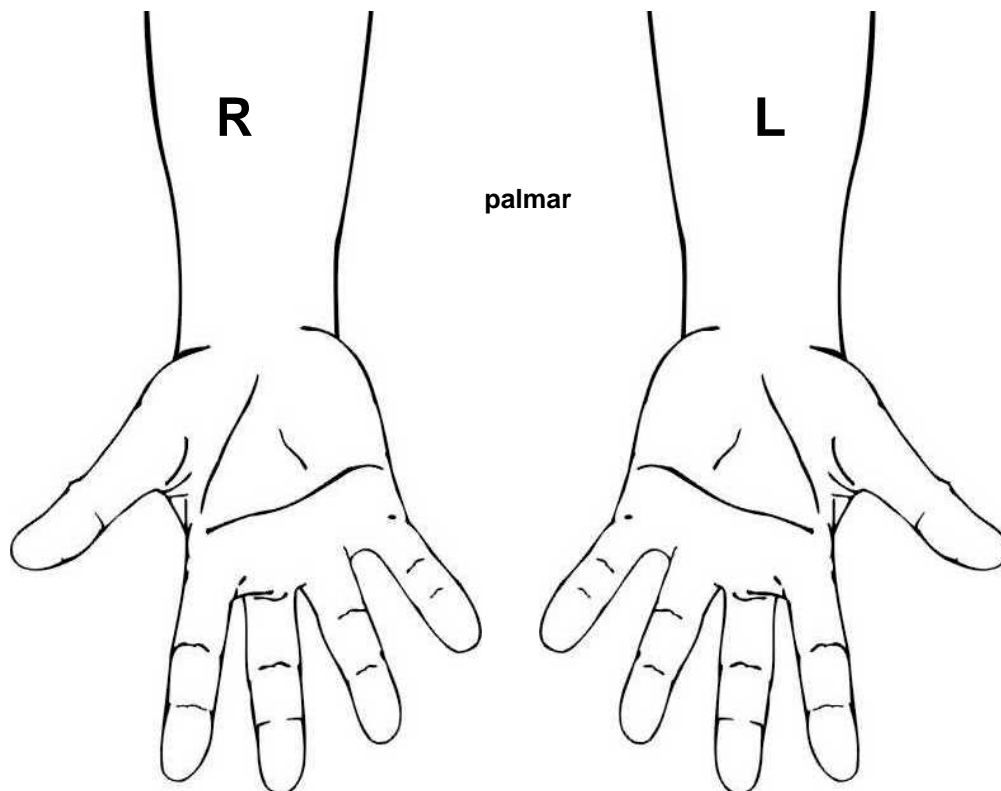
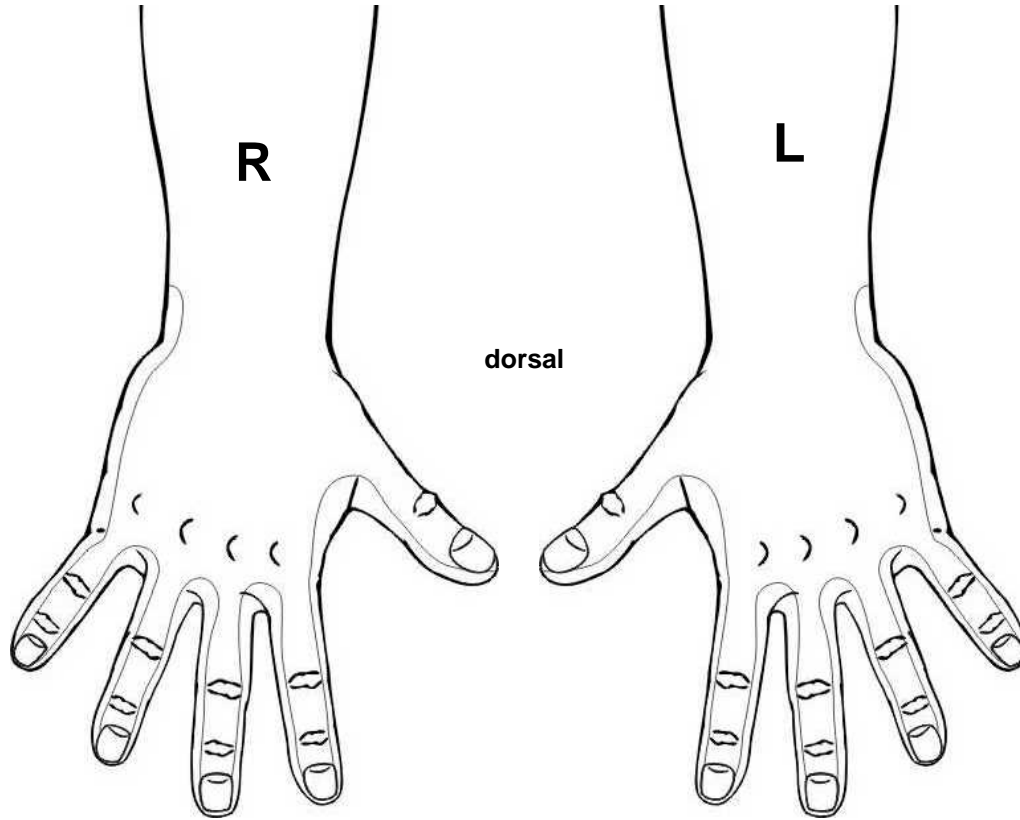
Unfallversicherungsträger
Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beiblatt Hautbefund am

Befund bitte in freier Form in Abschnitt 5 beschreiben



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Hinweise zum Datenschutz

Die bei der Behandlung erhobenen Daten (die Diagnose, Ihre Angaben zur Entstehung der Erkrankung und zum Verlauf der Heilbehandlung) werden mit Ihrem Einverständnis durch diesen Hautarztbericht dem zuständigen Unfallversicherungsträger (UVT) mitgeteilt, damit dieser arbeitsplatzerhaltende Maßnahmen der Individualprävention nach § 3 BKV prüfen kann. Ihre Einverständniserklärung ist freiwillig, ohne sie kann der UVT aber keine Maßnahmen prüfen und veranlassen.

Übermittelt werden nur die Angaben, die der UVT zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben bei einer drohenden oder bereits bestehenden Berufskrankheit benötigt.

Nähere Informationen erhalten Sie von Ihrem UVT.

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass der UVT den Hautarztbericht und meine Befunde erhält.

Für Rückfragen:

Meine Telefon-Nr.:

Meine Mobil-Nr.:

Meine Fax-Nr.:

(Datum)

(Unterschrift)