

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

Datum:

Hautarztbericht – UV-Träger –
– Behandlungsverlauf

1 Angaben zur versicherten Person

1.1 Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

2 Angaben zur beruflichen Beschäftigung 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):

3.2 Feuchtarbeit: Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

Stunden pro Tag

Bemerkungen:

3.3 Handschuhtragezeiten (nur Okklusion): Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

Stunden pro Tag

Bemerkungen:

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

...

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

- 3.5 Persönliche Schutzausrüstung: 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, usw.)?
- Nein Ja, welche?

4 **Angaben zur Erkrankung** – Verlauf seit letzter Berichterstattung

4.1 Behandlungstage

4.2 Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen der arbeitsbedingten Hauterkrankung

Nein Ja, von _____ bis (voraussichtlich)

4.3 Hautzustand

- Unverändert
- Besserung, seit _____
- Verschlechterung, seit _____

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:
- Morphe:

5.3 Atopie:

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

- Klinisch: Keine Hinweise Ja, folgende:

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

6 **Diagnosen**

7 **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:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

8 Therapie und Präventionsempfehlungen

8.1 Therapie:

- 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

8.2 Präventionsempfehlungen:

- Hautschutzoptimierung

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

- Hautschutztraining/Ambulantes Hautschutzseminar

- Stationäre Heilbehandlung zu Lasten des UVT

- Empfehlung zu beruflichen Hautmitteln

- Empfehlung zu Schutzhandschuhen

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

9 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
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
Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beiblatt Hautbefund am

Befund bitte in freier Form in Abschnitt 5 beschreiben

