|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÄRZTLICHE ANZEIGE BEI VERDACHT AUF**  **EINE BERUFSKRANKHEIT** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |
| **2** Empfänger/in | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | |  |  | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | |  |  | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **3** Name, Vorname der versicherten Person | | | | | | | | | | | **4** Geburtsdatum | | Tag | Monat | Jahr | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
| 5 Straße, Hausnummer | | | | | | | Postleitzahl | | | | Ort | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | |  | | | | | |
| **6** Geschlecht | | | | **7** Staatsangehörigkeit | | | | | | | **8** Ist die versicherte Person gestorben? | | | | | |
| männlich  weiblich | | | |  | | | | | | | nein  ja, am | | | | | |
| **9** Fand eine Leichenöffnung statt? Wenn ja, wann und durch wen? | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10** Welche Berufskrankheit(en) kommt/ kommen in Betracht? (ggf. BK-Nummer/n) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **11** Krankheitserscheinungen, Beschwerden der versicherten Person, Ergebnis der Untersuchung mit Diagnose (Befundunterlagen bitte beifügen), Angaben der Behandlungsbedürftigkeit | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **12** Wann traten die Beschwerden erstmals auf? | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **13** Erkrankungen oder Berichte von Erkrankungen, die mit dem Untersuchungsergebnis in einem ursächlichen Zusammenhang stehen können | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **14** Welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe am Arbeitsplatz bzw. welche Tätigkeiten werden für die Entstehung der Erkrankung als ursächlich angesehen? Welche Tätigkeiten übt/übte die versicherte Person wie lange aus? | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **15** Besteht Arbeitsunfähigkeit? Wenn ja, voraussichtlich wie lange? | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **16** In welchem Unternehmen ist oder war die versicherte Person zuletzt tätig? In welchem Unternehmen war die versicherte Person en unter 14 genannten Einwirkungen und Stoffen zuletzt ausgesetzt? | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **17** Krankenkasse (Name, PLZ, Ort) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **18** Behandlung: Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes oder des Krankenhauses (soweit bekannt auch Telefon- oder Fax-Nr.) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **19** Die / der Unterzeichnende bestätigt, die versicherte Person über den Inhalt der Anzeige und den Empfänger / die Empfängerin (Unfallversicherungsträger oder für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Landesbehörde) informiert zu haben. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **20** Datum | | | Ärztin / Arzt | | |  | | | | | | Telefon-Nr. für Rückfragen | | | | |
| Bankverbindung IBAN BIC | | | | | | | | | | | | | | | | |