|  |
| --- |
| **ANZEIGE DES UNTERNEHMERS BEI ANHALTSPUNKTENFÜR EINE BERUFSKRANKHEIT** |
| **1** Name und Anschrift des Unternehmens | **2** Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers |
|       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |
| **3** Empfänger/in |
|  |  |  |  |  |
|  |  |       |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **4** Name, Vorname der versicherten Person | **5** Geburtsdatum | Tag | Monat | Jahr |
|       |  |       |
| **6** Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
|       |       |       |
| **7** Geschlecht | **8** Staatsangehörigkeit | **9** Leiharbeitnehmer/in |
| [ ]  männlich [ ]  weiblich |       | [ ]  ja [ ]  nein |
| **10** Auszubildende/r[ ]  ja [ ]  nein | **11** Die versicherte Person ist[ ]  Unternehmer/in [ ]  mit der Unternehmerin / dem Unternehmer [ ]  Gesellschafter/Geschäftsführer [ ]  verheiratet [ ]  in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend [ ]  verwandt |
| **12** Anspruch auf Entgeltfortzahlung  | **13** Krankenkasse (Name, PLZ, Ort) |
| besteht für |   | Wochen |       |
|  |  |
| **14** Welche Krankheitserscheinungen liegen vor, die Anhaltspunkte für die Anzeige bilden? Welche Beschwerden äußert die versicherte Person? Auf welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe führt er die Beschwerden zurück? |
|       |
| **15** Welchen gefährdenden Tätigkeiten hat die versicherte Person ausgeübt? Welchen gefährdenden Einwirkungen und Stoffen war die versicherte Person bei der Arbeit ausgesetzt? |
|       |
| **16** Wurden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, durch wen und wann? |
|       |
| **17** Wurden die unter Nummer 15 genannten Gefährdungsfaktoren am Arbeitsplatz der versicherten Person überprüft (z. B. Gefährdungs­beurteilung, Messungen), wenn ja mit welchem Ergebnis? |
|       |
|       |       |       |       |
| **18** Datum | Unternehmer/in//Bevollmächtigte/r | Betriebsrat (Personalrat) | Telefon-Nr. für Rückfragen |