

Name, Vorname und Anschrift des Versicherten:

Nummer der Akte:




Versichertennummer oder  
Geburtsdatum:

Jahr

Monat

Tag

Zusatz




Welches sind die Krankheitserscheinungen / Beschwerden des Versicherten?

Wann traten  
diese  
Beschwerden  
erstmalig auf?

Tag

Monat

Jahr

Welches sind, laut Ansicht des Versicherten, die beruflichen Tätigkeiten bzw. die gefährdeten Einwirkungen oder Stoffe am Arbeitsplatz, die für die Entstehung der Krankheit als ursächlich angesehen werden?

Hat der Versicherte bereits einen anderen Arzt wegen diesen Beschwerden aufgesucht?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte Name, Vorname und Anschrift dieses Arztes angeben:

Datum der ersten Behandlung:

Tag

Monat

Jahr

Diagnose (Bitte Befundunterlagen beifügen z.B. Blutanalysen, Röntgenberichte, Hautteste, Audiogramme,...). Bei mehreren Krankheiten müssen Sie eine Anzeige pro Krankheit ausfüllen:

Um welche Krankheit auf der Berufskrankheitenliste handelt es sich?

Nummer:

Hat die Krankheit ihre wesentliche Ursache in der beruflichen Tätigkeit?

Ja

Nein

Zusammenhang  
unbestimmt

Hat die Krankheit die endgültige Aufgabe dieser Tätigkeit erfordert?

Ja

Nein

Besteht / bestand Arbeitsunfähigkeit?

Ja

von

bis

Nein

Name und Anschrift des Unternehmens in dem der Versicherte sich diese Krankheit voraussichtlich zugezogen hat:

Eventuelle Bemerkungen (besteht die Notwendigkeit eines Arbeitswechsels, einer medizinischen Behandlung, einer Untersuchung durch einen Spezialisten,...):

Codenummer des Arztes

 - 

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel: