

Maschinell ausgedruckte Daten bitte überprüfen,
evtl. berichtigen oder fehlende Daten nachtragen.

-Vom Arbeitgeberenden auszufüllen-

-Vom ärztlichen Stelle auszufüllen-

Angaben zur versicherten Person	Familienname **)			Vorname			Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers Tag Monat Jahr
	Geburtsname			Staatsangeh.	Schlüssel- zahl Klar- text		Geburtsdatum
	Straße			Krankenkasse			
	Postleitzahl und Ort			Änderungen			
Angaben z. Arbeitgeber/in	Name		Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger		Nr. des Unfallversicherungsträgers		
	Straße						
	Postleitzahl und Ort						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Einstellung am	TAG: MONAT: JAHR				*)	
	Art der Tätigkeit	Schlüssel- zahl Klar- text				nach dem Schlüsselverzeichnis der Bundesagentur für Arbeit	
	Änderung zu Art der Tätigkeit	Schlüssel- zahl Klar- text				nach dem Schlüsselverzeichnis der Bundesagentur für Arbeit	
	unter Einwirkung von Staub beschäftigt seit	TAG: MONAT: JAHR				*)	
	Einwirkung durch	Schlüssel- zahl Klar- text				***)	
	Änderung zu Einwirkung durch	Schlüssel- zahl Klar- text				***)	
	Tätigkeitsbereich	Schlüssel- zahl Klar- text				***)	
	Änderung zu Tätigkeitsbereich	Schlüssel- zahl Klar- text				***)	
	Art der verwendeten technischen Hilfsmittel	Schlüssel- zahl Klar- text				***)	
	Änderung zu Art der verwendeten techn. Hilfsm.	Schlüssel- zahl Klar- text				***)	
Art der Schutzmaßnahmen	Schlüssel- zahl Klar- text				***)		
Änderung zu Art der Schutzmaßnahmen	Schlüssel- zahl Klar- text				***)		

Anlass der Vorsorge - Exposition gegenüber ... (bitte gem. Fußnote 1 ankreuzen)

1 2 3 erste Vorsorge weitere Vorsorge nachgehende Vorsorge

Die arbeitsmedizinische Vorsorge wurde am durchgeführt: 2)

. . *)
 Tag Monat Jahr

Bericht-Datum . . *)

Die nächste Vorsorge ist durchzuführen 3)

. *)

LV-Kennzeichen

Eine Untersuchung wurde durchgeführt 4)

ja nein

Bemerkungen z.B. für Maßnahmen des Arbeitsschutzes hier eintragen.
Ergänzende Bemerkungen zu Befunden etc. ausschließlich auf Satz IV aufführen!

►►► Im obigen Bereich wurden Änderungen des eingedruckten Textes vorgenommen
 ►►► Eine Röntgenbildbefundung auf Satz IV wurde nicht durchgeführt

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

- 1) Bitte ankreuzen
 - 1 silikogenem Staub
 - 2 asbestfaserhaltigem Staub
 - 3 künstlichem mineralischen Faserstaub (Kategorie 1A oder 1B - z.B. Aluminiumsilikatwolle)

2) Nach jeder Teilnahme an einer arbeitsmedizinischen Vorsorge ist eine Vorsorgebescheinigung auszustellen (siehe AMR 6.3 Vorsorgebescheinigung)

3) Festlegung der Fristen nach AMR Nr. 2.1 beachten
Medizinische Gründe für einen vorzeitigen Vorsorgetermin auf Satz IV aufführen

4) Körperliche oder klinische Untersuchungen dürfen erst nach Aufklärung und Beratung und nicht gegen den Willen der versicherten Person durchgeführt werden (§§ 2, 6 ArbMedVV)

*) Bitte nur in arabischen Zahlen, evtl. mit Nullen aufgefüllt angeben

**) Bei Änderung bitte den neuen Namen darüber schreiben

***) Nach dem Schlüsselverzeichnis der Gesundheitsvorsorge (GVS) vormals: Zentrale Erfassungsstelle Asbest

Satz III

Datum der Untersuchung

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

Tag		Monat		Jahr			

Befunde

Allgemein	Konstitution	<input type="checkbox"/> indifferent	<input type="checkbox"/> leptosom	<input type="checkbox"/> athletisch	<input type="checkbox"/> pyknisch	<input type="checkbox"/> sonstiges	
	Allgemeiner Körperzustand	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> adipös	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> kachektisch	<input type="checkbox"/> vorgealtert	
	Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Brust	<input type="checkbox"/> Lenden	<input type="checkbox"/> Kyphose	<input type="checkbox"/> Lordose	<input type="checkbox"/> Skoliose
Thorax und Lungen	Brustkorb	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Beweglichkeit eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Nachschleppen links	<input type="checkbox"/> Nachschleppen rechts	<input type="checkbox"/> Deformität	<input type="checkbox"/> sonstiges
	Atmung	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Dyspnoe in Ruhe	<input type="checkbox"/> Dyspnoe bei Belastung	<input type="checkbox"/> Stridor		<input type="checkbox"/> sonstiges
	Klopfschall rechts	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> gedämpft	<input type="checkbox"/> hypersonor	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> Mitte	<input type="checkbox"/> unten
		links	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> gedämpft	<input type="checkbox"/> hypersonor	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> Mitte
	Atemgeräusch rechts	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> bronchial	<input type="checkbox"/> verschärft	<input type="checkbox"/> abgeschwächt	<input type="checkbox"/> Expiration verlängert	<input type="checkbox"/> sonstiges
			<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> Mitte	<input type="checkbox"/> unten		
	links	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> bronchial	<input type="checkbox"/> verschärft	<input type="checkbox"/> abgeschwächt	<input type="checkbox"/> Expiration verlängert	<input type="checkbox"/> sonstiges
			<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> Mitte	<input type="checkbox"/> unten		
	Nebengeräusch rechts	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Knisterrasseln	<input type="checkbox"/> sonstige RG		<input type="checkbox"/> klingend	<input type="checkbox"/> nicht klingend
			<input type="checkbox"/> Giemen/Brummen	<input type="checkbox"/> Reiben	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> Mitte	<input type="checkbox"/> unten
	links	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Knisterrasseln	<input type="checkbox"/> sonstige RG		<input type="checkbox"/> klingend	<input type="checkbox"/> nicht klingend
			<input type="checkbox"/> Giemen/Brummen	<input type="checkbox"/> Reiben	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> Mitte	<input type="checkbox"/> unten
Herz und Kreislauf	Herztöne	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Herzgeräusche		<input type="checkbox"/> sonstiges		
	Herzaktion	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Extrasystolen	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> sonstiges		

Messergebnisse

Größe (cm)	Gewicht (kg) halbbekleidet	Body-Mass-Index
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Herzfrequenz/min. *)		
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Blutdruck (mmHg) sitzend, rechter Arm		
systolisch	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
diastolisch	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	

Grundlage für die Lungenfunktionsprüfung sind die

GLI-Referenzwerte (GLI 2012)

Die drei dokumentierten Flussvolumenkurven wurden im Vorsorge-Portal über die "Upload-Funktion" hochgeladen bzw. wurden als Papierausdruck zur Verfügung gestellt.

ja nein (Begründung in den Bemerkungen zu Satz III angeben!)

FVC	LLN (Liter)	Bestwert (FVC) aus drei Messungen (Liter)
	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
FEV ₁	LLN (Liter)	Bestwert (FEV ₁) aus drei Messungen (Liter)
	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
FEV ₁ /FVC	LLN (%)	Wert der besten FV-Kurve (%)
	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

Beurteilung:

normal obstruktiv restriktiv

2618756301

*) Bitte nur in arabischen Zahlen, evtl. mit Nullen aufgefüllt angeben

