

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

Angaben zur versicherten Person

Familienname **) _____

Geburtsname _____

Straße _____

Postleitzahl und Ort _____

Vorname _____

Staatsangeh. _____

Krankenkasse _____

Änderungen _____

Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers _____

Tag | Monat | Jahr | _____

Geburtsdatum

Angaben z. Arbeitgeber/in

Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger _____

Nr. des Unfallversicherungsträgers _____

Name _____

Straße _____

Postleitzahl und Ort _____

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Einstellung am	_____	TAG: MONAT: JAHR	_____
Art der Tätigkeit	_____	◀ Schlüssel- zahl Klar- text ▶	_____
Änderung zu Art der Tätigkeit	_____	◀ Schlüssel- zahl Klar- text ▶	_____
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 _____

Wurde nur eine arbeitsmedizinische Beratung ohne (körperliche) Untersuchungen und ohne Röntgen 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

Stand 07/2024

Anschrift der ärztlichen Stelle

Von der ärztlichen Stelle auszufüllen

Vom Arbeitgeberenden auszufüllen

1) Bitte ankreuzen
 1 Tätigkeiten mit silikogenem Staub
 2 Tätigkeiten mit asbestfaserhaltigem Staub
 3 Tätigkeiten mit Hochtemperaturwollen (Faserstäube Kategorie 1A oder 1B)

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 den aktuellen Schlüsselstabellen des Meldeportals der DGUUV Vorsorge, die unter <https://meldeportal.dguv-vorsorge.de/meldeportal/> im Bereich „Gefahrstoffe und Listen“, zu finden sind

Satz II

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

--	--

Datum der Untersuchung

[] []	.	[] []	.	[] [] [] []
Tag		Monat		Jahr

Anamnese

Arbeitsanamnese
Nicht für ZeB/Wis-Untersuchungen

	Quarzstaub	Asbeststaub	Keramische Fasern
1. Haben Sie vor Eintritt in diesen Betrieb staubgefährdet gearbeitet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. In welchem Jahr erfolgte die erstmalige Staubbelastung?	Jahr *) [] [] [] []	Jahr *) [] [] [] []	Jahr *) [] [] [] []
Art der Tätigkeit (bitte genaue Angaben):			
3. Wieviele Jahre waren oder sind Sie insgesamt staubbelastet?	Jahre Monate *) [] [] [] []	Jahre Monate *) [] [] [] []	Jahre Monate *) [] [] [] []
4. Haben Sie einen staubgefährdeten Arbeitsplatz wegen einer oder mehrerer der nebenstehenden Beschwerden aufgegeben?	a) wegen Beschwerden der Atmungsorgane	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	b) wegen Beschwerden des Herzens	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	c) wegen Beschwerden des Kreislaufs	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Beschwerdeanamnese

Bitte Zutreffendes ankreuzen

5. Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der nebenstehenden Krankheiten?	a) Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unbekannt	Jahr der Erkrankung	[] [] [] [] *)
	b) Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unbekannt	Jahr der Erkrankung	[] [] [] [] *)
	c) Rippenfellentzündung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> unbekannt	Jahr der Erkrankung	[] [] [] [] *)
	d) jährlich mehrfach Bronchitis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		Jahr des Beginns	[] [] [] [] *)
	e) Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		Jahr des Beginns	[] [] [] [] *)
	f) sonstige chronische Erkrankungen und welche (ggf. Klartext):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		Jahr des Beginns	[] [] [] [] *)
6. Husten Sie während mindestens dreier Monate im Jahr?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		Monat und Jahr des Beginns	[] [] [] [] *)	
7. a) Haben Sie Auswurf während mindestens dreier Monate im Jahr?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		Jahr des Beginns	[] [] [] [] *)	
	b) Hämoptysen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		Jahr des Beginns	[] [] [] [] *)
8. Verspüren Sie in letzter Zeit anhaltende Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Fremdkörpergefühl im Hals?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				
9. Rauchen Sie? (Wenn ja oder nicht mehr bitte Angabe über Anzahl der Packyears. Ein Packyear entspricht ca. 20 Zigaretten täglich pro Jahr.)	<input type="checkbox"/> nein					
<input type="checkbox"/> nicht mehr						
<input type="checkbox"/> ja	Anzahl Packyears	[] [] [] []				
<input type="checkbox"/> ja Pfeife				von (Jahr)	bis (Jahr)	[] [] [] [] *) [] [] [] [] *)
<input type="checkbox"/> ja Zigarren				1-10 Zigaretten/Tag		[] [] [] [] *) [] [] [] [] *)
				11-20 Zigaretten/Tag		[] [] [] [] *) [] [] [] [] *)
				21-40 Zigaretten/Tag		[] [] [] [] *) [] [] [] [] *)
				> 40 Zigaretten/Tag		[] [] [] [] *) [] [] [] [] *)
10. Haben Sie in den letzten sechs Monaten an Gewicht abgenommen ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				

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

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	<input type="checkbox"/> unten
	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
		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
	Nebengeräusch	rechts	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Knisterrasseln	<input type="checkbox"/> sonstige RG		<input type="checkbox"/> klingend	<input type="checkbox"/> nicht klingend
		links	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Knisterrasseln	<input type="checkbox"/> sonstige RG		<input type="checkbox"/> klingend	<input type="checkbox"/> nicht klingend
	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: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Herzfrequenz/min. *)		
<input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Blutdruck (mmHg) sitzend, rechter Arm *)		
systolisch	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>	
diastolisch	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"/>	

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

Beurteilung:

normal obstruktiv restriktiv

2618756301

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

Satz IV

Datum der Untersuchung

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

Tag	Monat	Jahr

THORAX-RÖNTGENBEFUND nach der ILO Klassifikation 2000 / Bundesrepublik Deutschland

	Bildgüte	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> seitl. Aufnahme vorhanden
Lunge	Kleine Schatten Streuung Rundliche Form	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	Felder <input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU	
	Größe p q r	<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 3/3		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+		
	Unregelmäßige Form	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	Symbole <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> fr <input type="checkbox"/> aa <input type="checkbox"/> hi <input type="checkbox"/> at <input type="checkbox"/> ho <input type="checkbox"/> ax <input type="checkbox"/> id <input type="checkbox"/> bu <input type="checkbox"/> ih <input type="checkbox"/> ca <input type="checkbox"/> kl <input type="checkbox"/> cg <input type="checkbox"/> me <input type="checkbox"/> cn <input type="checkbox"/> od <input type="checkbox"/> co <input type="checkbox"/> pa <input type="checkbox"/> cp <input type="checkbox"/> pb <input type="checkbox"/> cv <input type="checkbox"/> pi <input type="checkbox"/> di <input type="checkbox"/> px <input type="checkbox"/> ef <input type="checkbox"/> ra <input type="checkbox"/> em <input type="checkbox"/> rp <input type="checkbox"/> es <input type="checkbox"/> tb	
Größe s t u	<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 3/3			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+			
	Gemischte Formen	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	<input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 3/3		
	<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+			
	Große Schatten	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pleura	Adhärenz des kostophrenischen Winkels	<input type="checkbox"/> o.B.	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►►► Befund Pleura nicht vollständig, da abgeschnitten <input type="checkbox"/>		
	Pleuraverdickung diffus seitliche Brustwand	<input type="checkbox"/> o.B.	Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht R <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c				
Pleuraverdickung umschrieben (Plaques)	<input type="checkbox"/> o.B.	Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht R <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Lokalisation Zwerchfell R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Brustwand <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c					
	Pleuraverkalkung	<input type="checkbox"/> o.B.	Zwerchfell R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Brustwand R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Sonstige R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>		

BK-BEURTEILUNG *)

Keine Hinweise auf anzeigespflichtige Veränderungen

Anzeigepflicht): Begründeter Verdacht**

<input type="checkbox"/> Silikose (BK-Nr. 4101)	<input type="checkbox"/> Asbestose (BK-Nr. 4103)	<input type="checkbox"/> Asbestverursachter Kehlkopfkrebs oder Eierstockkrebs (BK-Nr. 4104)
<input type="checkbox"/> Siliko-Tuberkulose (BK-Nr. 4102)	<input type="checkbox"/> Asbestverursachte Pleuraerkrankung (BK-Nr. 4103)	<input type="checkbox"/> Asbestverursachtes Mesotheliom des Rippenfells, Bauchfells oder Pericards (BK-Nr. 4105)
<input type="checkbox"/> Lungenkrebs bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (BK-Nr. 4112)	<input type="checkbox"/> Asbestverursachter Lungenkrebs (BK-Nr. 4104)	<input type="checkbox"/> Erkrankungen durch ionisierende Strahlen (BK-Nr. 2402)
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

Begründung BK / Ergänzende Befunde*) / Vorschläge und/oder veranlasste Massnahmen (Bitte in Druckbuchstaben)**

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

*) Bitte zutreffendes ankreuzen
 **) Bitte BK-Anzeige erstellen und an den zuständigen UV-Träger senden sowie die versicherte Person unterrichten
 ***) in begründeten Fällen