

Satz II

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

--	--

Datum der Untersuchung

Tag	Monat	Jahr

Anamnese

Arbeitsanamnese
Nicht für ZeBWiS-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		von (Jahr) *)	bis (Jahr) *)
<input type="checkbox"/> nicht mehr	} → [][][] Anzahl Packyears	1-10 Zigaretten/Tag	[][][][] *)	[][][][] *)
<input type="checkbox"/> ja		11-20 Zigaretten/Tag	[][][][] *)	[][][][] *)
<input type="checkbox"/> ja Pfeife		21-40 Zigaretten/Tag	[][][][] *)	[][][][] *)
<input type="checkbox"/> ja Zigarren		> 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

Jede Spalte muss beantwortet sein. Leerstellen bitte evtl. mit Nullen auffüllen.

Größe (in cm)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Herzfrequenz/min.	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Lungenfunktion (BTPS) Vitalkapazität (VC) Soll nach EGKS (in Litern)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<small>Bei nachgehenden Untersuchungen nach G 1.2 sind nur die kleingedruckten Mindest-Normwerte der EGKS-Tabelle von 1973 zugrunde zu legen</small>	
Gewicht (in kg) halbbeleidet	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Blutdruck mm Hg. sitzend, rechter Arm		Vitalkapazität (in Litern)	1. Messung	2. Messung	3. Messung
		systolisch	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
		diastolisch	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Atemstoßwerte/Sek. (FEV 1) Messwerte (in Liter/n Sek.)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Prozentverhältnis FEV 1 MAX / VC MAX (in %)					<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: 1.2em;" type="text"/>		

Beurteilung der Ventilation normal obstruktiv restriktiv

2618756301

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

