

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

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Angaben zum Versicherten

Familienname **) _____
 Geburtsname _____
 Straße _____
 Postleitzahl und Ort _____

Vorname _____
 Staatsangeh. _____
 Krankenkasse _____
 Änderungen _____

Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers _____
 Tag Monat Jahr _____
 Geburtsdatum _____

Angaben des Arbeitgebers

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 _____

*) nach dem Schlüsselverzeichnis der Bundesagentur für Arbeit
 **) nach dem Schlüsselverzeichnis der Bundesagentur für Arbeit

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

1 2 3 vor Aufnahme der Tätigkeit weitere Vorsorge nachgehende Vorsorge

Die arbeitsmedizinische Vorsorge wurde am durchgeführt: 2) _____ *)
 Tag Monat Jahr Bericht-Datum _____ *)
 Die nächste Vorsorge ist durchzuführen 3) _____ *)
 LV-Kennzeichen des Arztes _____

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 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 des/der Beschäftigten 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 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	} → <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> 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
	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

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"/>	Bei nachgehenden Untersuchungen nach G 1.2 sind nur die kleingedruckten Mindest-Normwerte der EGKS-Tabelle von 1973 zugrunde zu legen	
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. (FEV1) Messwerte (in Literm/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 FEV1 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

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			
	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"/> 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			
	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"/> 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"/> 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"/> RO	<input type="checkbox"/> LO	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> LM	<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> LU
			<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"/> RO	<input type="checkbox"/> LO	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> LM	<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> LU
	Adhärenz des kostophrenischen Winkels	<input type="checkbox"/> o.B.	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	▶▶▶ Befund Pleura nicht vollständig, da abgeschnitten <input type="checkbox"/>			
Pleura	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"/> 2 <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/>					
	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"/> 2 <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/>					
	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 (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)**

_____ _____ _____ _____ _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> Stempel und Unterschrift des Arztes
---	---

*) Bitte zutreffendes ankreuzen
 **) Bitte BK-Anzeige erstellen und an den zuständigen UV-Träger senden sowie den Versicherten unterrichten
 ***) In begründeten Fällen