

Meldebogen bei Einwirkung von

Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers

			Tag	Monat	Jahr														
											Geburtsdatum								

- Silikogenem Staub ^{1) *)}
- Asbestfaserhaltigem Staub ^{1) **)}
- Künstlichem mineralische Faserstaub ^{1) 2) **)}

Angaben zur Person	Familienname																			Vorname																																					
	Geburtsname																																																								
	Straße																																																								
	Postleitzahl und Ort																																																								
Anschrift des Arbeitgebers	Name																			Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger																			Nr. des Unfallversicherungsträgers																		
	Straße																																																								
	Postleitzahl und Ort																																																								
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Einstellung am																			Tag . Monat . Jahr																		Nach dem Schlüsselverzeichnis der Bundesagentur für Arbeit																			
	Art der Tätigkeit																			◀ Schlüsselzahl Klartext ▶																																					
	staubgefährdet beschäftigt seit																			Tag . Monat . Jahr																																					
	Einwirkung durch																			◀ Schlüsselzahl Klartext ▶																																				*) **)	
	Tätigkeitsbereich																			◀ Schlüsselzahl Klartext ▶																																				*) **)	
	Art der verwend. techn. Hilfsmittel																			◀ Schlüsselzahl Klartext ▶																																				*) **)	
Art der Schutzmaßnahmen																			◀ Schlüsselzahl Klartext ▶																																				*) **)		
Raum für Staubmessergebnisse:																																																									

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Angaben bei Arbeitsplatzveränderung / Meldung zur nachgehenden Vorsorge

Nur bei Abmeldung auszufüllen	ausgeschieden aus der Staubexposition am																			Tag			Monat			Jahr										
	Grund des Ausscheidens	<p>0 = <input type="checkbox"/> Umsetzung an einen nicht staubexponierten Arbeitsplatz im Betrieb (Arbeitsplatzwechsel) ¹⁾</p> <p>1 = <input type="checkbox"/> Wechsel des Betriebes ¹⁾</p> <p>2 = <input type="checkbox"/> Ausscheiden aus dem Erwerbsleben ¹⁾</p> <p>3 = <input type="checkbox"/> Rückkehr eines ausländischen Arbeitnehmers in sein Heimatland ¹⁾</p> <p>4 = <input type="checkbox"/> Tod ¹⁾</p> <p>5 = <input type="checkbox"/> Aufgabe der Verarbeitung der o.g. Stoffe oder Produktionsumstellung ¹⁾</p>																																		

Angaben zum Ausscheiden

Tod ist	<p>0 = <input type="checkbox"/> nicht Folge der staubexponierten Tätigkeit ¹⁾</p> <p>1 = <input type="checkbox"/> Folge der staubexponierten Tätigkeit ¹⁾</p>																																																			
Ausscheiden aus der Vorsorge (Pflicht- und/oder Angebotsvorsorge)	<p>1 = <input type="checkbox"/> ja ¹⁾</p> <p>0 = <input type="checkbox"/> nein ¹⁾</p>																																																			
Termin der ersten nachgehenden Vorsorge																			Monat			Jahr			Datum der letzten Vorsorge																			Tag			Monat			Jahr		
Dauer der Staubexposition							Jahre			Monate																																										

Vom Unfallversicherungsträger auszufüllen

	Ort	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td><td colspan="13"></td> </tr> </table>																								Tag	Monat	Jahr														<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="18"></td> </tr> </table>																			Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers
			Tag	Monat	Jahr																																																								

Geprüft durch den Unfallversicherungsträger:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1) Bitte Zutreffendes ankreuzen
 2) Kategorie 1A oder 1B (z. B. Aluminiumsilikatwolle)
 *) bei silikogenem Staub nur Klartext angeben
 **) Nach dem Schlüsselverzeichnis der GVS

Anlage zum Meldebogen vom _____

**Auszufüllen und zu unterschreiben bei Übertragung der nachgehenden
arbeitsmedizinischen Vorsorge auf den gesetzlichen Unfallversicherungsträger**

Erklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass der Gesundheitsvorsorge (GVS) im Auftrag der gesetzlichen Unfallversicherungsträger die weitere Organisation der nachgehenden Vorsorge übertragen wird und die hierzu erforderlichen Unterlagen in Kopie überlassen werden.

.....
Ort, Datum, Unterschrift

Erläuterungen:

Der Arbeitgeber hat nach § 5 Abs. 3 der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) seinen Beschäftigten sowie ehemals Beschäftigten nach Maßgabe des Anhangs Teil I nach Beendigung bestimmter Tätigkeiten, bei denen nach längeren Latenzzeiten Gesundheitsstörungen auftreten können, nachgehende Vorsorge anzubieten. Am Ende des Beschäftigungsverhältnisses überträgt der Arbeitgeber diese Verpflichtung auf den zuständigen gesetzlichen Unfallversicherungsträger und überlässt ihm die erforderlichen Unterlagen, sofern der oder die Beschäftigte eingewilligt hat. Anlässe für nachgehende Untersuchungen sind unter anderem Tätigkeiten mit den Gefahrstoffen Asbest, silikogener Staub oder künstlichem mineralischem Faserstaub.

Die GVS organisiert im Auftrag der gesetzlichen Unfallversicherungsträger die nachgehende arbeitsmedizinische Vorsorge bei Einwirkung gegenüber asbestfaserhaltigem Staub, silikogenem Staub und künstlichem mineralischem Faserstaub für ehemals staubexponierte Beschäftigte und soll die Arbeitgeber bei ihren Aufgaben nach der ArbMedVV unterstützen.

**GVS c/o Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM)
86132 Augsburg,
Telefon: 08 21/31 59-0 – Fax: 08 21/31 59-17 61
E-Mail: gvs@bgetem.de
Internet: www.bgetem.de/gvs**