

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	<input type="text"/>	TAG: MONAT: JAHR	<input type="text"/>
Art der Tätigkeit	<input type="text"/>	◀ Schlüssel- zahl ▶ Klar- text ▶	<input type="text"/>
Änderung zu Art der Tätigkeit	<input type="text"/>	◀ Schlüssel- zahl ▶ Klar- text ▶	<input type="text"/>
unter Einwirkung von Staub beschäftigt seit	<input type="text"/>	TAG: MONAT: JAHR	<input type="text"/>
Einwirkung durch	<input type="text"/>	◀ Schlüssel- zahl ▶ Klar- text ▶	<input type="text"/>
Änderung zu Einwirkung durch	<input type="text"/>	◀ Schlüssel- zahl ▶ Klar- text ▶	<input type="text"/>
Tätigkeitsbereich	<input type="text"/>	◀ Schlüssel- zahl ▶ Klar- text ▶	<input type="text"/>
Änderung zu Tätigkeitsbereich	<input type="text"/>	◀ Schlüssel- zahl ▶ Klar- text ▶	<input type="text"/>
Art der verwendeten technischen Hilfsmittel	<input type="text"/>	◀ Schlüssel- zahl ▶ Klar- text ▶	<input type="text"/>
Änderung zu Art der verwendeten techn. Hilfsm.	<input type="text"/>	◀ Schlüssel- zahl ▶ Klar- text ▶	<input type="text"/>
Art der Schutzmaßnahmen	<input type="text"/>	◀ Schlüssel- zahl ▶ Klar- text ▶	<input type="text"/>
Änderung zu Art der Schutzmaßnahmen	<input type="text"/>	◀ Schlüssel- zahl ▶ Klar- text ▶	<input type="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

Anschrift der ärztlichen Stelle

Stand 07/2024

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

-Vom Arbeitgebenden auszufüllen-

-Von der ärztlichen Stelle auszufüllen-

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		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	<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 type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Herzfrequenz/min.		
<input type="text"/>		
Blutdruck (mmHg) sitzend, rechter Arm		
systolisch	<input type="text"/>	<input type="text"/>
diastolisch	<input type="text"/>	<input 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 type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FEV ₁	LLN (Liter)	Bestwert (FEV ₁) aus drei Messungen (Liter)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FEV ₁ /FVC	LLN (%)	Wert der besten FV-Kurve (%)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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"/>			
Pleura	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"/>			
	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"/>	<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"/>		Lokalisation Zwerchfell R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Brustwand <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<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"/> <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"/>		<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"/> 2 <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<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"/> <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 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