1 Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes

ÄRZTLICHE ANZEIGE
bei Verdacht auf eine
BERUFSKRANKHEIT

3 Empfänger/in

3 Name, Vorname der versicherten Person		**4** Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
5 Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort			
6 Geschlecht ☐ Männlich ☐ Weiblich	**7** Staatsangehörigkeit	**8** Ist die versicherte Person verstorben? ☐ Nein ☐ Ja, am	Tag	Monat	Jahr

9 Fand eine Leichenöffnung statt? Wenn ja, wann und durch wen?

10 Welche Berufskrankheit(en) kommt/kommen in Betracht? (ggf. BK-Nummer / BK-Nummern)

11 Krankheitserscheinungen, Beschwerden der versicherten Person, Ergebnis der Untersuchung mit Diagnose (Befundunterlagen bitte beifügen), Angaben zur Behandlungsbedürftigkeit

12 Wann traten die Beschwerden erstmals auf?

13 Erkrankungen oder Bereiche von Erkrankungen, die mit dem Untersuchungsergebnis in einem ursächlichen Zusammenhang stehen können

14 Welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe am Arbeitsplatz bzw. welche Tätigkeiten werden für die Entstehung der Erkrankung als ursächlich angesehen? Welche Tätigkeiten übt/übte die versicherte Person wie lange aus?

15 Besteht Arbeitsunfähigkeit? Wenn ja, voraussichtlich wie lange?

16 In welchem Unternehmen ist oder war die versicherte Person zuletzt tätig? In welchem Unternehmen war die versicherte Person den unter Nummer 14 genannten Einwirkungen und Stoffen zuletzt ausgesetzt?

17 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

18 Behandlung: Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes oder des Krankenhauses (soweit bekannt auch Telefon-Nr. und/oder Fax-Nr.)

19 Die/der Unterzeichnende bestätigt, die versicherte Person über den Inhalt der Anzeige und den Empfänger / die Empfängerin (Unfallversicherungsträger oder für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Landesbehörde) informiert zu haben.

20 Datum | Ärztin / Arzt | Telefon-Nr. für Rückfragen

Geldinstitut

IBAN | BIC

zentraler Thüringer Formularpool

© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH – www.formlab-gmbh.de
UVAV-004-DE-FL - Anlage 3 - 7/2017