

**Angaben zum Versicherten**

Familienname \*\*) \_\_\_\_\_  
 Geburtsname \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 Postleitzahl und Ort \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_  
 Staatsangeh. \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse \_\_\_\_\_  
 Änderungen \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers \_\_\_\_\_  
 Tag | Monat | Jahr | \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Angabe 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 \_\_\_\_\_  
 Änderung zu Art der Tätigkeit \_\_\_\_\_  
 unter Einwirkung von Staub beschäftigt seit \_\_\_\_\_ TAG: MONAT: JAHR  
 Einwirkung durch \_\_\_\_\_  
 Änderung zu Einwirkung durch \_\_\_\_\_  
 Tätigkeitsbereich \_\_\_\_\_  
 Änderung zu Tätigkeitsbereich \_\_\_\_\_  
 Art der verwendeten technischen Hilfsmittel \_\_\_\_\_  
 Änderung zu Art der verwendeten techn. Hilfsm. \_\_\_\_\_  
 Art der Schutzmaßnahmen \_\_\_\_\_  
 Änderung zu Art der Schutzmaßnahmen \_\_\_\_\_

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

**An`Ugg`XYf`Vorsorge 1)**

ÖÖWXEÖ:;) ä•éc ^ 1.1  1.2  1.3  X[ !ÄE }æ@ ^Ä^!Äved \^a^m Nachuntersuchung  nachgehende X[ !•[!\*^

Die arbeitsmedizinische Vorsorge wurde am durchgeführt: 2) \_\_\_\_\_ )  
 Tag | Monat | Jahr | \_\_\_\_\_  
 Bericht-Datum \_\_\_\_\_ )  
 Die nächste Vorsorge ist durchzuführen H) \_\_\_\_\_ )  
 LV-Kennzeichen des Arztes \_\_\_\_\_ )

**Eine Untersuchung wurde durchgeführt <sup>1)</sup>**

ja  nein

Anschrift des Arztes \_\_\_\_\_

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

01/13 14. geänderte Auflage

F) ÖÖWXEÖ:;) ä•éc ^  
 FEWA ää [\*^] Ä!Ücä ä  
 FEWA ä•c  
 FEWA >) •ä@!Ä ä^!ä@!Äcä ä  
 WScä\*!iaFOä^!FOAäBÖE ( ä ä { • ä ä [ ||^D  
 G) Pæö@a^!Ä^a) æ@ ^ä Ä ä!Ää^ä ( ^ää ä&@) X[ !•[!\*^  
 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

1) 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

Vom Arbeitgeber auszufüllen  
Vom Arzt auszufüllen

# Satz II

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

--	--

Datum der Untersuchung

Tag	Monat	Jahr			

## Anamnese (Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3)

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			
<input type="checkbox"/> nicht mehr	Anzahl Packyears → <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	1-10 Zigaretten/Tag	von (Jahr) *)	bis (Jahr) *)
<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 IV**

Datum der Untersuchung

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname


Tag	Monat	Jahr

**THORAX-RÖNTGENBEFUND nach der ILO Klassifikation 2000 / Bundesrepublik Deutschland (Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3)**

	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	<b>Kleine Schatten Streuung</b> Rundliche Form	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2			
	<b>Größe</b> 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/+			
	<b>Unregelmäßige Form</b>	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2			
	<b>Größe</b> 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/+			
	<b>Gemischte Formen</b>	<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/+			
	<b>Große Schatten</b>	<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
	<b>Adhärenz des kostophrenischen Winkels</b>	<input type="checkbox"/> o.B.	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	▶▶▶ Befund Pleura nicht vollständig, da abgeschnitten <input type="checkbox"/>			
Pleura	<b>Pleuraverdickung diffus seitliche Brustwand</b>	<input type="checkbox"/> o.B.	<b>Verbreitung / Dicke / &lt;3 mm / Aufsicht</b>		<b>Verbreitung / Dicke / &lt;3 mm / Aufsicht</b>			
			R <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> a	L <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> LO
			<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> LM
			<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> LU
	<b>Pleuraverdickung umschrieben (Plaques)</b>	<input type="checkbox"/> o.B.	<b>Verbreitung / Dicke / &lt;3 mm / Aufsicht</b>		<b>Verbreitung / Dicke / &lt;3 mm / Aufsicht</b>			
			R <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> a	L <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> a	<b>Lokalisation</b>  <b>Zwerchfell</b> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> <b>Brustwand</b> <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> b			
		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> c			
	<b>Pleuraverkalkung</b>	<input type="checkbox"/> o.B.	<b>Zwerchfell</b>		<b>Brustwand</b>		<b>Sonstige</b>	
			R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	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)**

---



---



---



---

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 gem. den Grundsätzen G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3 jeweils Nr. 1.2.3