

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

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Angaben zum Versicherten	Familienname **) <input style="width: 300px;" type="text"/> Geburtsname <input style="width: 300px;" type="text"/> Straße <input style="width: 300px;" type="text"/> Postleitzahl und Ort <input style="width: 300px;" type="text"/>	Tag <input style="width: 20px;" type="text"/> Monat <input style="width: 20px;" type="text"/> Jahr <input style="width: 20px;" type="text"/>	Geburtsdatum <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 300px;" type="text"/>	
	Name <input style="width: 900px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 900px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 900px; height: 20px;" type="text"/> Straße <input style="width: 900px;" type="text"/> Postleitzahl und Ort <input style="width: 900px;" type="text"/>				
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Einstellung am	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	TAG: MONAT: JAHR		
	Art der Tätigkeit	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	Schlüssel- zahl	Klar- text	nach dem Schlüsselverzeichnis der Bundesagentur für Arbeit
	Änderung zu Art der Tätigkeit	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	Schlüssel- zahl	Klar- text	nach dem Schlüsselverzeichnis der Bundesagentur für Arbeit
	unter Einwirkung von Staub beschäftigt seit	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	TAG: MONAT: JAHR		
	Einwirkung durch	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	Schlüssel- zahl	Klar- text	***)
	Änderung zu Einwirkung durch	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	Schlüssel- zahl	Klar- text	***)
	Tätigkeitsbereich	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	Schlüssel- zahl	Klar- text	***)
	Änderung zu Tätigkeitsbereich	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	Schlüssel- zahl	Klar- text	***)
	Art der verwendeten technischen Hilfsmittel	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	Schlüssel- zahl	Klar- text	***)
	Änderung zu Art der verwendeten techn. Hilfsm.	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	Schlüssel- zahl	Klar- text	***)
Art der Schutzmaßnahmen	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	Schlüssel- zahl	Klar- text	***)	
Änderung zu Art der Schutzmaßnahmen	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	Schlüssel- zahl	Klar- text	***)	

**Angaben zur Untersuchung**

Untersuchung nach Grundsatz  
 G 1.1   
 G 1.2   
 G 1.3   
 Erstuntersuchung   
 Nachuntersuchung   
 nachgehende Untersuchung

Bemerkungen:

# Satz II

Name, Vorname

Datum der Untersuchung

.    .        
 Tag                      Monat                      Jahr

## Anamnese (Berufsgenossenschaftliche 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="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
2. In welchem Jahr erfolgte die erstmalige Staubbelastung?	Jahr <sup>*)</sup> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Jahr <sup>*)</sup> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Jahr <sup>*)</sup> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Art der Tätigkeit (bitte genaue Angaben): <input style="width: 100%;" type="text"/>			
3. Wieviele Jahre waren oder sind Sie insgesamt staubbelastet?	Jahre    Monate <sup>*)</sup> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Jahre    Monate <sup>*)</sup> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Jahre    Monate <sup>*)</sup> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Haben Sie einen staubgefährdeten Arbeitsplatz wegen einer oder mehrerer der nebenstehenden Beschwerden aufgegeben?	a) wegen Beschwerden der Atmungsorgane	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
	b) wegen Beschwerden des Herzens	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
	c) wegen Beschwerden des Kreislaufs	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

Beschwerdeanamnese

Bitte Zutreffendes ankreuzen

5. Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der nebenstehenden Krankheiten?	a) Lungentuberkulose	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt	Jahr der Erkrankung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
	b) Lungenentzündung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt	Jahr der Erkrankung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
	c) Rippenfellentzündung	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> unbekannt	Jahr der Erkrankung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
	d) jährlich mehrfach Bronchitis	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Jahr des Beginns	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
	e) Asthma bronchiale	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Jahr des Beginns	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
	f) sonstige chronische Erkrankungen und welche (ggf. Klartext):	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Jahr des Beginns	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
6. Husten Sie während mindestens dreier Monate im Jahr?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Monat und Jahr des Beginns	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>	
7. a) Haben Sie Auswurf während mindestens dreier Monate im Jahr?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Jahr des Beginns	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>	
	b) Hämoptysen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Jahr des Beginns	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
8. Verspüren Sie in letzter Zeit anhaltende Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Fremdkörpergefühl im Hals?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> 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="radio"/> nein		von (Jahr) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>	
<input type="radio"/> nicht mehr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Anzahl Packyears	1-10 Zigaretten/Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>	
<input type="radio"/> ja		11-20 Zigaretten/Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>	
<input type="checkbox"/> ja Pfeife		21-40 Zigaretten/Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>	
<input type="checkbox"/> ja Zigarren		> 40 Zigaretten/Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>	
10. Haben Sie in den letzten sechs Monaten an Gewicht abgenommen ?		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		

<sup>\*)</sup> Bitte nur in arabischen Zahlen, evtl. mit Nullen aufgefüllt angeben