

# ÄRZTLICHE ANZEIGE BEI VERDACHT AUF EINE BERUFSKRANKHEIT

**1** Name und Anschrift des Arztes

**2** Empfänger

**3** Name, Vorname des Versicherten

**4** Geburtsdatum Tag Monat Jahr

**5** Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

**6** Geschlecht

männlich  weiblich

**7** Staatsangehörigkeit

**8** Ist der Versicherte verstorben?

nein  ja, am

Tag Monat Jahr

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

**10** Welche Berufskrankheit, Berufskrankheiten kommen in Betracht? (ggf. BK-Nummer)

**11** Krankheitserscheinungen, Beschwerden des Versicherten, 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 Tätigkeit übt/übte der Versicherte wie lange aus?

**15** Besteht Arbeitsunfähigkeit? Wenn ja, voraussichtlich wie lange?

**16** In welchem Unternehmen ist der Versicherte oder war er zuletzt tätig? In welchem Unternehmen war er den unter Nummer 14 genannten Einwirkungen und Stoffen zuletzt ausgesetzt?

**17** Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)

**18** Name und Anschrift des behandelnden Arztes/Krankenhauses (soweit bekannt auch Telefon- und Faxnummer)

**19** Der Unterzeichner bestätigt, den Versicherten über den Inhalt der Anzeige und den Empfänger (Unfallversicherungsträger oder für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Landesbehörde) informiert zu haben.

**20** Datum

Arzt

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)

Bank/Postbank

Kontonummer

Bankleitzahl