

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen:
Ihr Ansprechpartner:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

Datum:

Bericht OAV

– BG ETEM –

– Behandlungsverlauf

1 Angaben zur versicherten Person

1.1 Name, Vorname: Geburtsdatum:

2 Angaben zur beruflichen Beschäftigung ☐ Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

2.1 Derzeitige Tätigkeit:

2.2 Seit wann ausgeübt:

2.3 Übt die versicherte Person eine Nebentätigkeit aus? ☐ Nein ☐ Ja, welche?

3 Angaben zu Atemwegsbelastungen und Schutzmaßnahmen ☐ Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

3.1 Einwirkungen/Belastungen (nach Möglichkeit konkret benennen):

Bemerkungen:

3.2 Persönliche Schutzausrüstung: ☐ Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht
Folgende persönliche Schutzausrüstung wird genutzt:

3.3 Betriebliche Schutzmaßnahmen: ☐ Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht
Folgende Schutzmaßnahmen wurden vom Betrieb ergriffen:

3.4 Ist der Versicherte Raucher? ☐ Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht
☐ Nein ☐ Ja

3.5 Bestehen **außerberuflich** nennenswerte Hautbelastungen (Haushalt, Hobbies, Gartenarbeit, usw.)?
☐ Nein ☐ Ja, welche?

...

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

4 Angaben zur Erkrankung
– Verlauf seit letzter Berichterstattung

4.1 Behandlungstage

4.2 Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen der Atemwegsbeschwerden

☐ Nein ☐ Ja, von bis (voraussichtlich)

4.3 Gesundheitszustand

☐ Unverändert

☐ Besserung, seit

☐ Verschlechterung, seit

5 Atemwegsbefund

5.1 Beurteilungsgrundlage:

☐ Während der Berufstätigkeit ☐ Während arbeitsfreier Zeit (Arbeitsunfähigkeit/Urlaub)

☐ Unter Nutzung atemwegswirksamer Medikamente (Wenn ja, welche?)

5.2 Aktueller Befund – **bitte detaillierte Angaben** – inkl. ggf. aktuelle Funktionstestungen (bitte beifügen):

– Datum der Untersuchung:

– Befunde:

6 Diagnosen

7 Beurteilung

Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Atemwegserkrankung:

☐ Nein ☐ Ja, folgende – bitte begründen –:

☐ Besserung im Urlaub

☐ Besserung in arbeitsfreier Zeit (z. B. andere Erkrankungen, Kurzarbeit)

☐ Sonstige:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

8 Therapie und Präventionsempfehlungen

8.1 Therapie:

- ☐ Wiedervorstellung veranlasst am
☐ Behandlung zu Lasten des UVT ☐ durch mich ☐ durch

8.2 Präventionsempfehlungen:

- ☐ Optimierung des Atemschutzes (bitte Ausführen, welche Optimierung)
- ☐ Beratung der versicherten Person durch einen Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin des UVT
- ☐ Lungensport
- ☐ Stationäre Heilbehandlung zu Lasten des UVT
- ☐ Empfehlung zu Maßnahmen am Arbeitsplatz (Welche?)
- ☐ Sonstige Maßnahmen (z. B. im privaten Bereich)

9 Aufgabe der derzeit ausgeübten Tätigkeit:

- ☐ Tätigkeit kann voraussichtlich weiter ausgeübt werden.
- ☐ Tätigkeitsaufgabe droht, weil:

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Name, Vorname:	Geburtsdatum:

Datenschutz:

Über den Zweck des Berichts OAV und dessen Verwendung habe ich informiert.

Rechnung

Pauschbetrag	EUR
Abrechnung vorheriger Konsultationen nach Ziffer 1	EUR
Porto	EUR
zusammen	EUR

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Anschrift/Stempel des Arztes/der Ärztin

Sie erhalten eine Gebühr (Nr.131) und Auslagen nach der UV-GOÄ. Darin enthalten ist die Untersuchung nach Nr. 1 bzw. Nr. 6 UV-GOÄ.

Verteiler

Unfallversicherungsträger

Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin