|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | […] |  |  | Ihr Zeichen: |  | […] |
|  |  |  | Ihre Nachricht vom: |  | […] |
|  |  |  | Unser Zeichen: |  | […] |
|  |  |  | Ihr Ansprechperson: |  | […] |
|  |  |  | Telefon: |  | […] |
|  |  |  | Fax: |  | […] |
|  |  |  | E-Mail: |  | […] |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | Datum: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |

Hautarztbericht **– UV-Träger –**

**– Behandlungsverlauf**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | **Angaben zur versicherten Person** |
| 1.1 | Name, Vorname: | 1.2 | Geburtsdatum: |
|  | […] |  | […] |
| 2 | **Angaben zur Erwerbstätigkeit** [ ]  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 arbeitsbedingten****Hautbelastungen/Schutzmaßnahmen** [ ]  Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht |
| 3.1 | Arbeitsstoffe (nach Möglichkeit konkret benennen): |
|  | […] |
|  | Bemerkungen (auch zur Verschmutzung oder zu irritativen Hautbelastungen): |
|  | […] |
| 3.2 | Feuchtarbeit (ohne Okklusionszeiten): [ ]  Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht |
|  | […] Stunden pro Tag |
|  | Bemerkungen: |
|  | […] |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] |

|  |  |
| --- | --- |
| 3.3 | Handschuhtragezeiten (nur Okklusionszeiten): [ ]  Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht |
|  | […] Stunden pro Tag |
|  | Bemerkungen: |
|  | […] |
| 3.4 | Handwaschfrequenz (Häufigkeit pro Schicht): [ ]  Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht |
|  | […] |
| 3.5 | Persönliche Schutzmaßnahmen: [ ]  Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht |
|  | – Handschuhe: [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |
|  | – Hautschutzmittel: [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |
|  | – Hautreinigungsmittel: [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |
|  | – Hautpflegemittel: [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |
|  | Bemerkungen: |
|  | […] |
| 3.6 | Bestehen **außerberuflich** nennenswerte Hautbelastungen (Haushalt, Hobbies, Gartenarbeit, Pflege von Angehörigen usw.)? |
|  | [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.** | **Angaben zu Hauterscheinungen**  |
| 4.1 | Hautzustand im Berichtszeitraum: |
|  | [ ]  Unverändert |
|  | [ ]  Besserung? In welcher Form? […] |
|  | [ ]  Verschlechterung? In welcher Form? […] |
| 4.2 | In der folgenden Tabelle bitten wir um Angabe der von Ihnen durchgeführten Untersuchungen seit der letzten Berichterstattung: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tag der Untersuchung** | **Hautbefund**Bitte den Hautbefund an beruflich exponierten Arealen mit Lokalisation und Morphe beschreiben  | **Diagnose(inkl. ICD 10)1** | **Beurteilung**- Während der Arbeit- In arbeitsfreier Zeit- Unter Therapie, z. B. Kortison(Mehrfachnennungen möglich) | **Arbeitsunfähigkeit**wegen der Hauterkrankung bescheinigt **Von - Bis** | **Hauterkrankung vollständig abgeheilt?** |
| […] | […] | […] | [ ]  Während der Arbeit[ ]  In arbeitsfreier Zeit[ ]  Unter Therapie, z. B. Kortison | […] | [ ]  Nein [ ]  Ja, seit: […] |
| […] | […] | […] | [ ]  Während der Arbeit[ ]  In arbeitsfreier Zeit[ ]  Unter Therapie, z. B. Kortison | […] | [ ]  Nein [ ]  Ja, seit: […] |
| […] | […] | […] | [ ]  Während der Arbeit[ ]  In arbeitsfreier Zeit[ ]  Unter Therapie, z. B. Kortison | […] | [ ]  Nein [ ]  Ja, seit: […] |

1 Werden im Verlauf der Behandlung weitere Sensibilisierungen festgestellt, fügen Sie diesem Bericht bitte die entsprechenden Testprotokolle bei mit Angabe des Testkammersystems sowie der Beurteilung der klinischen Relevanz der Sensibilisierung.

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] |

|  |  |
| --- | --- |
| 5 | **Empfehlungen zur Therapie und Prävention** |
| 5.1 | Therapie: |
|  | – Basispflege/-therapie, sowie harnstoff- oder  gerbstoffhaltige Externa: [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |
|  | Pharmakologische Therapie |
|  | – Topische Therapie: [ ]  Nein [ ]  Ja, Präparate/Wirkstoffe? […] |
|  | – Systemische Therapie: [ ]  Nein [ ]  Ja, Präparate/Wirkstoffe? […] |
|  | – Physikalische Therapiemaßnahmen: [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |
|  | – Sonstige Maßnahmen: [ ]  Nein [ ]  Ja, welche? […] |
|  | [ ]  Wiedervorstellung veranlasst am […] |
|  | [ ]  Behandlung zu Lasten des UVT [ ]  durch mich [ ]  durch […] |
| 5.2 | Präventionsmaßnahmen – ärztlich eingeleitet -  |
|  | […] |
|  | Präventionsmaßnahmen – Empfehlungen an den UV-Träger |
|  | [ ]  Hautschutzoptimierung erforderlich durch: |
|  | […] |
|  | [ ]  Beratung der versicherten Person durch einen Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin des UVT zu folgenden Sachverhalten |
|  | […] |
|  | [ ]  Hautschutztraining/Ambulantes Hautschutzseminar |
|  | […] |
|  | [ ]  Stationäre Heilbehandlung  |
|  | […] |
|  | [ ]  Weitere Maßnahmen (auch im privaten Bereich) |
|  | […] |
| 6 | **Fortsetzung der hautbelastenden Tätigkeiten** |
|  | Das Fortsetzen der zur Erkrankung führenden hautbelastenden Tätigkeiten mithilfe angemessener Therapie- und Präventionsmaßnahmen ist |
|  | [ ]  aus medizinischer Sicht möglich. |
|  | [ ]  aus medizinischer Sicht nicht möglich, weil: |
|  |  […] |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] |

|  |
| --- |
| **Datenschutz:**Über den Zweck des Hautarztberichts 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

Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] |

**Beiblatt Hautbefund am** […]

**Befund bitte in freier Form in Abschnitt 4 beschreiben**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| rechts-a1**R****L****dorsal** | links-a1 |  |
| **R**L**palmar**rechts-b1 | links-b1 |  |