|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Absenderfeld Praxis:** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Meldung zur Prävention arbeitsbedingter obstruktiver Atemwegserkrankungen**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | **Angaben zur Person**  |
| 1.1 | Name, Vorname:  | Geburtsdatum: |
|  |       |       |
| 1.2 | Anschrift: | Telefon-Nr.: / Mobil-Nr.: |
|  |       |             |
|  |  | Geschlecht:       |
| 1.3 | Name und Anschrift des Arbeitgebers (der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule): |
|  |       |
| 1.4 | Name und Anschrift der Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds): |
|  |       |
| 2 | **Angaben zur Erwerbstätigkeit** |
| 2.1 | Derzeitige Tätigkeit:       |
| 2.2 | Seit wann ausgeübt:       |
| 2.3 | Vorherige Tätigkeit:       |
| 3 | **Angaben zu Atemwegsbelastungen am Arbeitsplatz** |
| 3.1 | Arbeitsstoffe/Arbeitsverfahren/Belastungen z.B. durch Stäube, Rauche, Gase: |
|  |       |
|  |       Stunden pro Tag |
|  | Bemerkungen: |
|  |       |
| 4 | **Angaben zur Erkrankung**  |
| 4.1 | Wann sind die Atemwegsbeschwerden erstmals aufgetreten?       |
| 4.2 | Art und Häufigkeit der Atemwegsbeschwerden einschließlich rhinitischer Beschwerden? |
|  |       |
| 4.3 | Erfolgte deswegen bereits eine ärztliche Behandlung? [ ]  Nein [ ]  Ja |
|  | Wenn ja, Zeitpunkt der Behandlung      | Name, Anschrift der Ärztin/des Arztes      |

|  |  |
| --- | --- |
| 4.4 | Atemwegsbeschwerden einschließlich rhinitischer Beschwerden am Arbeitsplatz?[ ]  Nein [ ]  Ja, welche und seit wann? |
|  |       |
| 5 | **Atemwegsbefund (Befunde, soweit vorhanden bitte beifügen)** |
| 5.1 | Aktueller Atemwegsbefund  |
|  |       |
| 5.2 | Hinweise auf allergische Erkrankungen?[ ]  Nein [ ]  Ja, folgende:       [ ]  Nicht bekannt |
| 5.3 | Besteht/bestand Arbeitsunfähigkeit? [ ]  Nein [ ]  Ja, Zeiträume       |
| 5.4 | Sonstiger Befund: |
|  |       |
| 6 | **Diagnose(n)** |
|  |       |
| 7 | **Sonstige Bemerkungen** |
|  |       |
| Sie erhalten die angegebene Gebühr (Pauschale) für die Erstellung der Meldung, einschließlich der damit verbundenen ärztlichen Untersuchungen. Die Gebühr gilt für die Dauer des Pilotverfahrens. **Rechnung** |
| Pauschbetrag  | 50,00 | EUR |
| Porto |       | EUR |
| zusammen |       | EUR |
|  |
| Rechnungsnummer      | **Institutionskennzeichen (IK)**     **Falls kein IK** - Bankverbindung - IBAN |
|  |       |
| Datum, Unterschrift des Arztes/der Ärztin | Anschrift/Stempel des Arztes/der Ärztin |
|  |  |
|  |
|  |
| **Datenschutz** |
|  |
| **Mit der Mitteilung meiner vorstehenden medizinischen und persönlichen Daten an den zuständigen Unfallversicherungsträger bin ich einverstanden.** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum/ Unterschrift der Patientin / des Patienten