Satz I

Arbeitsmedizinische Vorsorge

Dokumentationsbogen "Mineralischer Staub"

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

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Angaben zum Versicherten

Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers (Tag Monat Jahr Geburtsdatum)

Familienname **) | Vorname

Geburtsname | Staatsangeh. (Schlüsselzahl / Klartext) ***)

Straße | Krankenkasse

Postleitzahl und Ort | Änderungen

Anschrift des Arbeitgebers

Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger | Nr. des Unfallversicherungsträgers

Name

Straße

Postleitzahl und Ort

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Einstellung am	TAG:MONAT:JAHR *)
Art der Tätigkeit	Schlüsselzahl / Klartext — nach dem Schlüsselverzeichnis der Bundesagentur für Arbeit
Änderung zu Art der Tätigkeit	Schlüsselzahl / Klartext — nach dem Schlüsselverzeichnis der Bundesagentur für Arbeit
unter Einwirkung von Staub beschäftigt seit	TAG:MONAT:JAHR *)
Einwirkung durch	Schlüsselzahl / Klartext ***)
Änderung zu Einwirkung durch	Schlüsselzahl / Klartext ***)
Tätigkeitsbereich	Schlüsselzahl / Klartext ***)
Änderung zu Tätigkeitsbereich	Schlüsselzahl / Klartext ***)
Art der verwendeten technischen Hilfsmittel	Schlüsselzahl / Klartext ***)
Änderung zu Art der verwendeten techn. Hilfsm.	Schlüsselzahl / Klartext ***)
Art der Schutzmaßnahmen	Schlüsselzahl / Klartext ***)
Änderung zu Art der Schutzmaßnahmen	Schlüsselzahl / Klartext ***)

Anlass der Vorsorge - Exposition gegen¿ber ... **(bitte gem. FuÇnote 1 ankreuzen)**

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ vor Aufnahme der Tätigkeit ☐ weitere Vorsorge ☐ nachgehende Vorsorge ☐

Die arbeitsmedizinische Vorsorge wurde am durchgeführt: 2) (Tag . Monat . Jahr) *)

Bericht-Datum (Tag . Monat . Jahr) *)

Die nächste Vorsorge ist durchzuführen 3) (Monat . Jahr) *)

LV-Kennzeichen des Arztes

Vom Arzt auszufüllen

Anschrift des Arztes

Eine Untersuchung wurde durchgeführt 4)

ja ☐ **nein** ☐

Bemerkungen z.B. für Maßnahmen des Arbeitsschutzes hier eintragen.
Ergänzende Bemerkungen zu Befunden etc. ausschließlich auf Satz IV aufführen!

▶▶▶ **Im obigen Bereich wurden Änderungen des eingedruckten Textes vorgenommen** ☐

▶▶▶ **Eine Röntgenbildbefundung auf Satz IV wurde n i c h t durchgeführt** ☐

Stempel und Unterschrift des Arztes

Stand 02/16

VA 2 – G 1

1) Bitte ankreuzen
1 silikogenem Staub
2 asbestfaserhaltigem Staub
3 künstlichem mineralischen Faserstaub (Kategorie 1A oder 1B - z.B. Aluminiumsilikatwolle)

2) Nach jeder Teilnahme an einer arbeitsmedizinischen Vorsorge ist eine Vorsorgebescheinigung auszustellen (siehe AMR 6.3 Vorsorgebescheinigung)

3) Festlegung der Fristen nach AMR Nr. 2.1 beachten
Medizinische Gründe für einen vorzeitigen Vorsorgetermin auf Satz IV aufführen

4) Körperliche oder klinische Untersuchungen dürfen erst nach Aufklärung und Beratung und nicht gegen den Willen des/der Beschäftigten durchgeführt werden (§§ 2, 6 ArbMedVV)

*) Bitte nur in arabischen Zahlen, evtl. mit Nullen aufgefüllt angeben
**) Bei Änderung bitte den neuen Namen darüber schreiben
***) Nach dem Schlüsselverzeichnis der Gesundheitsvorsorge (GVS) vormals: Zentrale Erfassungsstelle Asbest

4628694120

Satz II

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

Datum der Untersuchung: Tag . Monat . Jahr

Anamnese

Arbeitsanamnese
Nicht für ZeBWis-Untersuchungen

	Quarzstaub	Asbeststaub	Keramische Fasern
1. Haben Sie vor Eintritt in diesen Betrieb staubgefährdet gearbeitet?	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
2. In welchem Jahr erfolgte die erstmalige Staubbelastung?	Jahr *)	Jahr *)	Jahr *)
Art der Tätigkeit (bitte genaue Angaben):			
3. Wieviele Jahre waren oder sind Sie insgesamt staubbelastet?	Jahre Monate *)	Jahre Monate *)	Jahre Monate *)
4. Haben Sie einen staubgefährdeten Arbeitsplatz wegen einer oder mehrerer der nebenstehenden Beschwerden aufgegeben? a) wegen Beschwerden der Atmungsorgane	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
b) wegen Beschwerden des Herzens	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
c) wegen Beschwerden des Kreislaufs	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

Beschwerdeanamnese

Bitte Zutreffendes ankreuzen

5. Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der nebenstehenden Krankheiten? a) Lungentuberkulose	☐ nein	☐ ja	☐ unbekannt	Jahr der Erkrankung *)
b) Lungenentzündung	☐ nein	☐ ja	☐ unbekannt	Jahr der Erkrankung *)
c) Rippenfellentzündung	☐ nein	☐ ja	☐ unbekannt	Jahr der Erkrankung *)
d) jährlich mehrfach Bronchitis	☐ nein	☐ ja		Jahr des Beginns *)
e) Asthma bronchiale	☐ nein	☐ ja		Jahr des Beginns *)
f) sonstige chronische Erkrankungen und welche (ggf. Klartext):	☐ nein	☐ ja		Jahr des Beginns *)
6. Husten Sie während mindestens dreier Monate im Jahr?	☐ nein	☐ ja		Monat und Jahr des Beginns *)
7. a) Haben Sie Auswurf während mindestens dreier Monate im Jahr?	☐ nein	☐ ja		Jahr des Beginns *)
b) Hämoptysen	☐ nein	☐ ja		Jahr des Beginns *)
8. Verspüren Sie in letzter Zeit anhaltende Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Fremdkörpergefühl im Hals?	☐ nein	☐ ja		

9. Rauchen Sie?
(Wenn **ja** oder **nicht mehr** bitte Angabe über Anzahl der Packyears.
Ein Packyear entspricht ca. 20 Zigaretten täglich pro Jahr.)

☐ nein

☐ nicht mehr → Anzahl Packyears

☐ ja → Anzahl Packyears

☐ ja Pfeife

☐ ja Zigarren

	von (Jahr)	bis (Jahr)
1-10 Zigaretten/Tag	*)	*)
11-20 Zigaretten/Tag	*)	*)
21-40 Zigaretten/Tag	*)	*)
> 40 Zigaretten/Tag	*)	*)

10. Haben Sie in den letzten sechs Monaten an Gewicht abgenommen ? ☐ nein ☐ ja

*) Bitte nur in arabischen Zahlen, evtl. mit Nullen aufgefüllt angeben

6842290462

Satz III

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

Datum der Untersuchung: Tag . Monat . Jahr

Befunde

Allgemein

Konstitution	☐ indifferent		☐ leptosom	☐ athletisch	☐ pyknisch	☐ sonstiges
Allgemeiner Körperzustand	☐ gut		☐ adipös	☐ reduziert	☐ kachektisch	☐ vorgealtert
Wirbelsäule	☐ o. B.	☐ Brust	☐ Lenden	☐ Kyphose	☐ Lordose	☐ Skoliose

Thorax und Lungen

Brustkorb	☐ o. B.	☐ Beweglichkeit eingeschränkt	☐ Nachschleppen links	☐ Nachschleppen rechts	☐ Deformität	☐ sonstiges
Atmung	☐ o. B.	☐ Dyspnoe in Ruhe	☐ Dyspnoe bei Belastung	☐ Stridor		☐ sonstiges
Klopfschall rechts	☐ o. B.	☐ gedämpft	☐ hypersonor	☐ oben	☐ Mitte	☐ unten
links	☐ o. B.	☐ gedämpft	☐ hypersonor	☐ oben	☐ Mitte	☐ unten
Atemgeräusch rechts	☐ o. B.	☐ bronchial	☐ verschärft	☐ abgeschwächt	☐ Exspiration verlängert	☐ sonstiges
		☐ oben	☐ Mitte	☐ unten		
links	☐ o. B.	☐ bronchial	☐ verschärft	☐ abgeschwächt	☐ Exspiration verlängert	☐ sonstiges
		☐ oben	☐ Mitte	☐ unten		
Nebengeräusch rechts	☐ keine	☐ Knisterrasseln	☐ sonstige RG		☐ klingend	☐ nicht klingend
		☐ Giemen/Brummen	☐ Reiben	☐ oben	☐ Mitte	☐ unten
links	☐ keine	☐ Knisterrasseln	☐ sonstige RG		☐ klingend	☐ nicht klingend
		☐ Giemen/Brummen	☐ Reiben	☐ oben	☐ Mitte	☐ unten

Herz und Kreislauf

Herztöne	☐ o. B.	☐ Herzgeräusche		☐ sonstiges
Herzaktion	☐ o. B.	☐ Extrasystolen	☐ Rhythmusstörungen	☐ sonstiges

Messergebnisse

Jede Spalte muss beantwortet sein. Leerstellen bitte evtl. mit Nullen auffüllen.

Größe (in cm) *)

Herzfrequenz/min. *)

Lungenfunktion (BTPS)
Vitalkapazität (VC)
Soll nach EGKS (in Litern) ,

Bei nachgehenden Untersuchungen nach G 1.2 sind nur die kleingedruckten Mindest-Normwerte der EGKS-Tabelle **von 1973** zugrunde zu legen

Blutdruck mm Hg. sitzend, rechter Arm

Gewicht (in kg) halbbekleidet *)

systolisch *)

diastolisch *)

	1. Messung	2. Messung	3. Messung
Vitalkapazität (in Litern)	, *)	, *)	, *)
Atemstoßwerte/Sek. (FEV 1) Messwerte (in Litern/Sek.)	, *)	, *)	, *)

Prozentverhältnis $FEV\,1_{MAX}$ / VC_{MAX} (in %) , 0 *)

Beurteilung der Ventilation ☐ normal ☐ obstruktiv ☐ restriktiv

2618756301

*) Bitte nur in arabischen Zahlen, evtl. mit Nullen aufgefüllt angeben

Satz IV

Datum der Untersuchung

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

Tag . Monat . Jahr

THORAX-RÖNTGENBEFUND nach der ILO Klassifikation 2000 / Bundesrepublik Deutschland

Bildgüte ☐ + ☐ ± ☐ ± ☐ u ☐ T ☐ seitl. Aufnahme vorhanden

Lunge

Kleine Schatten Streuung Rundliche Form
Größe p ☐ q ☐ r ☐

☐ 0/- ☐ 1/0 ☐ 2/1 ☐ 3/2
☐ 0/0 ☐ 1/1 ☐ 2/2 ☐ 3/3
☐ 0/1 ☐ 1/2 ☐ 2/3 ☐ 3/+

Felder ☐ RO ☐ LO ☐ RM ☐ LM ☐ RU ☐ LU

Unregelmäßige Form
Größe s ☐ t ☐ u ☐

☐ 0/- ☐ 1/0 ☐ 2/1 ☐ 3/2
☐ 0/0 ☐ 1/1 ☐ 2/2 ☐ 3/3
☐ 0/1 ☐ 1/2 ☐ 2/3 ☐ 3/+

☐ RO ☐ LO ☐ RM ☐ LM ☐ RU ☐ LU

Gemischte Formen ☐☐

☐ 0/- ☐ 1/0 ☐ 2/1 ☐ 3/2
☐ 0/0 ☐ 1/1 ☐ 2/2 ☐ 3/3
☐ 0/1 ☐ 1/2 ☐ 2/3 ☐ 3/+

☐ RO ☐ LO ☐ RM ☐ LM ☐ RU ☐ LU

Große Schatten ☐ o. B. **Größe** ☐ A ☐ B ☐ C

☐ RO ☐ LO ☐ RM ☐ LM ☐ RU ☐ LU

Symbole

☐ keine ☐ fr
☐ aa ☐ hi
☐ at ☐ ho
☐ ax ☐ id
☐ bu ☐ ih
☐ ca ☐ kl
☐ cg ☐ me
☐ cn ☐ od
☐ co ☐ pa
☐ cp ☐ pb
☐ cv ☐ pi
☐ di ☐ px
☐ ef ☐ ra
☐ em ☐ rp
☐ es ☐ tb

Pleura

Adhärenz des kostophrenischen Winkels ☐ o. B. **R** ☐ **L** ☐ ▶▶▶ **Befund Pleura nicht vollständig, da abgeschnitten** ☐

Pleuraverdickung diffus seitliche Brustwand ☐ o. B.

Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht — **Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht**

R ☐ 1 ☐ a ☐ ☐ **L** ☐ 1 ☐ a ☐ ☐
☐ 2 ☐ b ☐ 2 ☐ b
☐ 3 ☐ c ☐ 3 ☐ c

☐ RO ☐ LO ☐ RM ☐ LM ☐ RU ☐ LU

Pleuraverdickung umschrieben (Plaques) ☐ o. B.

Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht — **Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht**

R ☐ 1 ☐ a ☐ ☐ **L** ☐ 1 ☐ a ☐ ☐
☐ 2 ☐ b ☐ 2 ☐ b
☐ 3 ☐ c ☐ 3 ☐ c

Lokalisation
Zwerchfell **R** ☐ **L** ☐
Brustwand ☐ ☐

Pleuraverkalkung ☐ o. B.

	Zwerchfell		Brustwand		Sonstige	
	R ☐	**L** ☐	**R** ☐	**L** ☐	**R** ☐	**L** ☐

BK-BEURTEILUNG *)

☐ Keine Hinweise auf anzeigepflichtige Veränderungen

Anzeigepflicht **) : Begründeter Verdacht

☐ Silikose (BK-Nr. 4101)
☐ Asbestose (BK-Nr. 4103)
☐ Asbestverursachter Kehlkopfkrebs oder Eierstockkrebs (BK-Nr. 4104)
☐ Siliko-Tuberkulose (BK-Nr. 4102)
☐ Asbestverursachte Pleuraerkrankung (BK-Nr. 4103)
☐ Asbestverursachtes Mesotheliom des Rippenfells, Bauchfells oder Pericards (BK-Nr. 4105)
☐ Lungenkrebs bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (BK-Nr. 4112)
☐ Asbestverursachter Lungenkrebs (BK-Nr. 4104)
☐ Erkrankungen durch ionisierende Strahlen (BK-Nr. 2402)
☐ Sonstiges: _____

Begründung BK / Ergänzende Befunde ***) / Vorschläge und/oder veranlasste Massnahmen (Bitte in Druckbuchstaben)

Stempel und Unterschrift des Arztes

3683198456

*) Bitte zutreffendes ankreuzen
**) Bitte BK-Anzeige erstellen und an den zuständigen UV-Träger senden sowie den Versicherten unterrichten
***) In begründeten Fällen