

Absender (Stempel)

# Ärztliche Anzeige über eine Berufskrankheit

1 Mitgliedsnummer

2 Gewerbeaufsichtsamt/Bergamt

3 Betriebsnummer des Arbeitsamtes

4 Anschriftenfeld für den Empfänger der Anzeige

Unfallart **7**

Meldeart  Meldejahr

Versicherungsträger

Gefahrtarif

Aktenzeichen

Angaben zum Versicherten

5 Name, Vorname		(6) Versicherungsnummer oder Geburtsdatum Tag   Monat   Jahr	
7 Straße	PLZ	Ort zu 7	
(9) Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	10 Staatsangehörigkeit		zu 9 zu 10
11 In welchem Unternehmen ist der Versicherte zurzeit ständig tätig?			
(12) Als was ist der Versicherte regelmäßig eingesetzt?		13 Seit wann bei dieser Tätigkeit?	
18 Krankenkasse des Versicherten (Name, Ort)			
19 Hat der Versicherte die Arbeit eingestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		20 Hat der Versicherte die Arbeit wieder aufgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	
Tag		Tag	
Monat		Monat	
Jahr		Jahr	
zu 9		zu 10	
22 Welche Beschwerden äußerte der Versicherte?			
23 Wann traten sie erstmals auf?			
24 Auf welche beruflichen Einwirkungen führt der Versicherte die Beschwerden zurück?			
25 Welche Berufskrankheit liegt vor oder wird angenommen? zu 25			

Angaben zum Gesundheitszustand des Versicherten

(26) Ergebnis der Untersuchung mit DIAGNOSE (Unterlagen bitte beifügen)			
(27) Vorerkrankungen			
28 Welcher Arzt (Anschrift) hat den Versicherten wegen seiner Beschwerden zuerst behandelt, wann?		29 Welcher Arzt (Anschrift) behandelt den Versicherten zurzeit?	
30 Wo befindet sich der Versicherte zurzeit (zu Hause, Krankenhaus, Sanatorium)?		31 Welche Behandlungsmaßnahmen wurden eingeleitet und wann? <input type="checkbox"/> keine	
32 Ist der Versicherte tot? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		33 Zeitpunkt des Todes Tag   Monat   Jahr   Stunde   Minute zu 33	
34 Fand eine Leichenöffnung statt? Wenn ja, wann und durch wen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

Angaben zur beruflichen Tätigkeit des Versicherten

35 Name und Art des Unternehmens, in dem die Ursache der Erkrankung vermutet wird		PLZ	Ort, Straße
36 Welche Tätigkeiten übte der Versicherte bisher aus?			
37 Welche Tätigkeit wird für die Entstehung der Berufskrankheit als ursächlich angesehen?		38 Wann wurde diese Tätigkeit verrichtet und wie lange?	
39 Wurden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, wann, durch wen und mit welchem Ergebnis?			
(40) Welche weiteren Angaben können gemacht werden?			

Ort, Datum	Unterschrift des Arztes		
Anschrift			
Geldinstitut	Konto-Nr.	Bankleitzahl	Beidruck des Namenstempels oder Wiederholung des Namens in Schreibmaschine erforderlich

## Erläuterungen zur ärztlichen Anzeige über eine Berufskrankheit

### I. Allgemeine Erläuterungen

Die vorschriftsmäßige und rechtzeitige Anzeige einer Berufskrankheit liegt im Interesse des Versicherten: Je schneller der Träger der Unfallversicherung von der Berufskrankheit Kenntnis erhält, desto eher kann er mit der Gewährung der Leistungen (Heilbehandlung, Berufshilfe, Geldleistungen) an den Versicherten oder seine Angehörigen beginnen. Sorgfältige Ausfüllung erspart zeitraubende Nachfragen.

**Wann** ist eine Anzeige zu erstatten?

Die Anzeige ist zu erstatten, wenn der begründete Verdacht besteht, dass eine Berufskrankheit im Sinne der Berufskrankheiten-Verordnung vorliegt.

In welcher **Anzahl** ist die Anzeige zu erstatten?  
**Wohin** ist sie zu senden?

Die Anzeige ist in zweifacher Ausfertigung entweder dem Träger der Unfallversicherung oder der für den Beschäftigungsort des Versicherten zuständigen Stelle des medizinischen Arbeitsschutzes unverzüglich zu erstatten. Ein drittes Stück sollte für die Unterlagen des Arztes vorgesehen werden.

Was ist bei **Todesfällen**, besonders schweren Berufskrankheiten und Massenerkrankungen zu beachten?

Todesfälle, besonders schwere Berufskrankheiten und Massenerkrankungen sind außerdem sofort fernmündlich oder telegraphisch dem zuständigen Versicherungsträger (oder dessen zuständiger Bezirksverwaltung) und bei gewerblichen Betrieben dem Gewerbeaufsichtsamt zu melden.

### II. Erläuterungen zu den mit ( ) gekennzeichneten Fragen der Anzeige

Felder, die gerastet sind, bitte frei halten

- (6) Gemeint ist die Versicherungsnummer der gesetzlichen Rentenversicherung. Falls dem Versicherten keine Versicherungsnummer zugeteilt ist, bitte das Geburtsdatum angeben.

Das Geburtsdatum eines z. B. am 1. Februar 1934 geborenen Versicherten ist wie folgt einzusetzen:

		0		0	2	3	4				
--	--	---	--	---	---	---	---	--	--	--	--

- (9) Nummer 8 und weitere Nummern wurden aus technischen Gründen ausgespart.
- (12) Hier nicht „Arbeiter“ oder „Angestellter“ einsetzen, sondern z. B. „Betriebsschlosser“, „Kraftfahrer“, „Lohnbuchhalter“, „Lehrhauer“, „Steinmetz“.
- (26) Hier sind ein kurzer Untersuchungsbefund mit kennzeichnenden Krankheitsmerkmalen (Angabe „Ekzem“ genügt nicht) und soweit erforderlich auch Untersuchungsergebnisse z. B. des Urins, des Blutes, von Hauttestungen, Röntgenuntersuchungen, Audiogramme und Ähnliches anzugeben. Der Untersuchungsbefund kann auf einem Beiblatt fortgesetzt werden. Sonstige Unterlagen sind beizufügen.
- (27) Es wird insbesondere um Angaben zu gleichen oder ähnlichen früheren Erkrankungen gebeten.
- (40) Hier können z. B. Angaben über gefährdende Stoffe und Einwirkungen, technische Kontrollen (Messungen) am Arbeitsplatz des Versicherten, Zeugen, frühere Meldungen von Berufskrankheiten, gleichartige Erkrankungen von Arbeitskollegen gemacht werden.