

ANZEIGE DES UNTERNEHMERS BEI ANHALTSPUNKTEN FÜR EINE BERUFSKRANKHEIT

1 Name und Anschrift des Unternehmens

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Empfänger

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
---	---

4 Name, Vorname des Versicherten

5 Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

männlich weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiternehmer

ja nein

10 Auszubildender

ja nein

11 Ist der Versicherte

Unternehmer

Ehegatte des Unternehmers

mit dem Unternehmer verwandt

Gesellschafter/Geschäftsführer

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für Wochen

13 Krankenkasse des Versicherten (Name, PLZ, Ort)

14 Welche Krankheitserscheinungen liegen vor, die Anhaltspunkte für die Anzeige bilden? Welche Beschwerden äußert der Versicherte? Auf welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe führt er die Beschwerden zurück?

15 Welchen gefährdenden Tätigkeiten hat der Versicherte ausgeübt? Welchen gefährdenden Einwirkungen und Stoffen war er bei der Arbeit ausgesetzt?

16 Wurden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, durch wen und wann?

17 Wurden die unter Nummer 15 genannten Gefährdungsfaktoren am Arbeitsplatz des Versicherten überprüft (z. B. Gefährdungsbeurteilung, Messungen), wenn ja mit welchem Ergebnis?

18 Datum

Unternehmer/Bevollmächtigter

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen (Ansprechpartner)