

BG Meldung

Liebe/r Patient/in,

für Ihre BG- Meldung benötigen wir einige Informationen. Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und legen Sie alle bereits im Vorfeld erhobenen Befund (z.B. Allergie-Tests wie Prick- oder Epikutan-Testungen, Allergiepass, Arztbriefe etc.) vor.

**Name und Anschrift der
Berufsgenossenschaft:** _____

1 Angaben zum Versicherten

1.1 Name, Vorname:

Geburtsdatum

1.2 Anschrift:

Telefon-Nummer:

1.3 Staatsangehörigkeit:

Geschlecht:

1.4 Name und Anschrift des Arbeitgebers:

1.5 Krankenkasse (bei Fam.- Vers. Auch Name des Mitglieds angeben):

2 Angaben zur beruflichen Beschäftigung

2.1 Derzeitige Tätigkeit (Berufsbezeichnung):

2.2 Seit wann ausgeübt:

2.3 Vorherige Tätigkeit (Berufsbezeichnung, Firmenname mit Anschrift):

3. Angaben zur Hautbelastungen / Schutzmaßnahmen

3.1 Arbeitsstoffe (zu denen Sie Kontakt haben):

3.2 Wie viele Stunden Feuchtarbeit pro Tag? _____

3.3 Wie viele Stunden Handschuhtragezeit pro Tag? _____

3.4 Wie oft waschen Sie Ihre Hände pro Tag? _____

3.5 Persönliche Schutzausrüstung in der Arbeit:

- Handschuhe: (ja/nein) wenn ja, welche? _____

- Hautschutzmittel: (ja/nein) wenn ja, welche? _____

- Hautreinigungsmittel: (ja/nein) wenn ja, welche? _____

- Hautpflegemittel: (ja/nein) wenn ja, welche? _____

3.6 Bestehen **außerberufliche** Hautbelastungen (Haushalt / Hobby/ Gartenarbeit usw.) ?

(ja/nein) wenn ja, welche? _____

4 Angaben zur Erkrankung:

4.1 Wann ist die Hauterkrankung erstmalig aufgetreten? _____

4.2 Wo ist die Hauterkrankung erstmalig aufgetreten? _____

4.3 Art der Hautveränderung? _____

4.4 Erfolgte deswegen bereits eine ärztliche Behandlung?

Zeitpunkt/-raum der Behandlung? _____

Name, Anschrift des behandelnden Arztes: _____

Häufigkeit der Behandlung: _____

4.5 Wurde ein Betriebsarzt eingeschaltet bzw. informiert? (ja/nein)

4.6 Wurde die Erkrankung bereits gemeldet? (ja/nein)