|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANZEIGE DES UNTERNEHMERS BEI ANHALTSPUNKTEN FÜR EINE BERUFSKRANKHEIT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** Name und Anschrift des Unternehmens | | | | | | | | | | | | **2** Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | |  |  | | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3** Empfänger/in | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4** Name, Vorname der versicherten Person | | | | | | | | | | | | | **5** Geburtsdatum | | | | | | | Tag | | Monat | | | Jahr | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **6** Straße, Hausnummer | | | | | | | | | Postleitzahl | | | | Ort | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7** Geschlecht | | | | | | **8** Staatsangehörigkeit | | | | | | | **9** Leiharbeitnehmer/in | | | | | | | | | | | | | | | |
| männlich  weiblich | | | | | |  | | | | | | | ja  nein | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10** Auszubildende/r  ja  nein | | | | | | **11** Die versicherte Person ist  Unternehmer/in  mit der Unternehmerin / dem Unternehmer  Gesellschafter/Geschäftsführer  verheiratet  in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend  verwandt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **12** Anspruch auf Entgeltfortzahlung | | | | | | | **13** Krankenkasse (Name, PLZ, Ort) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| besteht für | | |  | | Wochen | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **14** Welche Krankheitserscheinungen liegen vor, die Anhaltspunkte für die Anzeige bilden? Welche Beschwerden äußert die versicherte Person? Auf welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe führt er die Beschwerden zurück? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **15** Welchen gefährdenden Tätigkeiten hat die versicherte Person ausgeübt? Welchen gefährdenden Einwirkungen und Stoffen war die versicherte Person 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 der versicherten Person überprüft (z. B. Gefährdungs­beurteilung, Messungen), wenn ja mit welchem Ergebnis? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **18** Datum | | | | Unternehmer/in//Bevollmächtigte/r | | | | Betriebsrat (Personalrat) | | | | | | | | Telefon-Nr. für Rückfragen | | | | | | | | | | | | |