ÄRZTLICHE ANZEIGE BEI VERDACHT AUF EINE BERUFSKRANKHEIT

1 Name und Anschrift der Ärztin/des A	Arztes						
2 Empfänger/-in		٦					
L							
3 Name, Vorname der versicherten P		4 Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr 		
5 Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort	<u>:</u>	<u>: : :</u>	<u>: : :</u>	_
			<u></u>				
6 Geschlecht 7 S	taatsangehörigkeit	8 Ist die versich verstorben?	erte Person	Tag	: Monat :	Jahr	
Männlich Weiblich		Nein	☐ Ja, am		<u> </u>	<u> </u>	
9 Fand eine Leichenöffnung statt? We	enn ja, wann und du	rch wen?					
10 Welche Berufskrankheit(en) komm	nt/kommen in Betrac	ht? (ggf. BK-Nummer/Bl	K-Nummern)				_
11 Krankheitserscheinungen, Beschw (Befundunterlagen bitte beifügen), An			r Untersuchung mit I	Diagnose			
12 Wann traten die Beschwerden ers	tmals auf?						
13 Erkrankungen oder Bereiche von I können	Erkrankungen, die m	it dem Untersuchungse	rgebnis in einem ursa	ächlicher	n Zusammenh	nang stehen	
14 Welche gefährdenden Einwirkunge	en und Stoffe am Arb	peitsplatz bzw. welche T	ätigkeiten werden fü	die Ents	stehung der F	- -rkrankung als	_
ursächlich angesehen? Welche Tätigl					3	3 1 3	
15 Besteht Arbeitsunfähigkeit? Wenn	ja, voraussichtlich w	vie lange?					
16 In welchem Unternehmen ist oder unter Nummer 14 genannten Einwirkt			welchem Unternehm	en war d	ie versicherte	Person den	
17 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)							
18 Behandlung: Name und Anschrift o	der Ärztin/des Arztes	oder des Krankenhaus	es (soweit bekannt a	uch Tele	fon-Nr. und/o	der Fax-Nr.)	
19 Die/der Unterzeichnende bestätigt sicherungsträger oder für den medizir					die Empfäng	erin (Unfallver	- -
20 Datum	Árztin/Aı	rzt	Telefon-N	r. tür Rüd	cktragen		_
Rankverhindung	IRAN						