

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen besteht der Verdacht auf eine berufsbedingt verursachte oder verschlechterte Erkrankung der Haut. Um ein Hautarztverfahren über Ihre zuständige Berufsgenossenschaft einzuleiten, benötigen wir folgende Angaben:

Familienname: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Telefonnummer: _____ Krankenkasse (mit Anschrift): _____

Berufsgenossenschaft (mit Anschrift): _____

Aktueller Arbeitgeber (mit Anschrift): _____

seit wann? _____ derzeitige Tätigkeit: _____ VZ / TZ

Vorherige Arbeitgeber (mit Anschrift und Beschäftigungszeitraum): _____

_____ vorherige Tätigkeit(en): _____

Welche Beschwerden haben Sie aktuell? _____

Angaben zu Hautbelastung / Hautschutzmaßnahmen:

Mit welchen Arbeitsstoffen* kommen Sie während Ihrer Arbeit regelmäßig oder gelegentlich in Kontakt (* bitte konkret benennen)? _____

Kommt es dabei zu Verschmutzungen? nein ja: ca. ___ Stunden/Tag

Führen Sie regelmäßig oder unregelmäßig Feuchtarbeiten aus? nein ja: ca. ___ Stunden/Tag

Tragen Sie dabei Schutzhandschuhe*? nein ja: ca. ___ Stunden/Tag

Produkt: _____

Verwenden Sie andere Schutzausrüstung (Stulpen, Atem-Gesichtsmaske, usw.)*? nein ja: ca. ___ Stunden/Tag

Produkt: _____

Wie häufig Waschen Sie Ihre Hände / Arbeitstag? ca. _____ x / Arbeitstag

Welche folgenden Produkte stehen als Schutzausrüstung zur Verfügung bzw. werden angewendet:

- Hautschutzmittel* ? nein ja, folgende _____

- Hautreinigungsmittel* ? nein ja, folgende _____

- Hautpflegemittel* ? nein ja, folgende _____

Bestehen außerberufliche Hautbelastungen durch z.B. Haushalt, Hobbies, Garten, Basteln, usw.? nein ja, folgende _____

Angaben zur Erkrankung:

Wann ist die Erkrankung erstmals aufgetreten? _____

An welcher Körper-Lokalisation? _____

Welche Symptome? _____

Erfolgte bisher eine ärztliche Behandlung? nein ja

-Wenn ja, durch... (bitte mit Name und Anschrift, Zeitpunkt) Hausarzt: _____

Hautarzt: _____

Welche Untersuchungen* / Testungen* wurden bisher durchgeführt? _____

 Mit welchem Ergebnis? _____

Sind Allergien* bekannt (gegen bestimmte Inhaltsstoffe, Metalle, Farbstoffe, Medikamente, Pollen, Milben, Insekten)? nein ja, folgende Allergien: _____
 Welche Behandlung* erfolgte bisher? _____

Wurde der Betriebsarzt informiert? nein ja
 Welche Maßnahmen wurden danach eingeleitet? _____

Wurde die Erkrankung bereits der BG gemeldet? nein ja
 Bestand bereits einmal Arbeitsunfähigkeit wegen o.g. Erkrankung? nein ja, von _____ bis _____
 Kam es in dabei oder sonst in arbeitsfreier Zeit (Urlaub, Wochenende) zu einer auch nur kurzzeitigen Besserung des Hautbefundes? nein ja

Welche folgenden Erkrankungen bestehen oder bestanden und welche Symptome haben Sie bereits einmal bei sich bemerkt (unabhängig von aktuellen Beschwerden)?
 Neurodermitis/Beugeekzem Heuschnupfen Asthma Bläschenbildung an Händen/Füßen vermehrte Hornhautbildung/Einrisse Juckreiz der Haut beim Schwitzen/Hitze/Sport Trockenheit der Haut eingerissene Ohr läppchen Schuppige Hautstellen Schuppenflechte Rosazea Lichen ruber

Rauchen Sie regelmäßig? nein ja _____ Zig./Tag

WICHTIG:

Um eine zügige Bearbeitung zu gewährleisten und unnötige Nachfragen / Doppeluntersuchungen zu vermeiden, bitten wir Sie um genaue Angaben bei mit ***-markierten Angaben**. Dazu bringen Sie bitte **folgende Unterlagen** zum vereinbarten Termin mit:

- Arbeitsstoffe: DIN-Datenblätter / Sicherheitsdatenblatt (erhältlich beim Arbeitgeber; Arbeitsschutzbeauftragter, Betriebsarzt)
- Schutzhandschuhe, Hautreinigung-, /-Hautschutz- /-Hautpflegemittel: genaue Bezeichnung, ggf. Inhaltsstoffangabe, DIN-Datenblätter / Sicherheitsdatenblatt
- Befunde, Allergien: vorhandene Unterlagen zu vorangegangenen Untersuchungen, Testberichte, Allergiepässe, Arztbriefe

Bitte beachten folgende Termin(e) BG-Sprechstunde / Testungen:

BG-Sprechstunde:	_____
Testung:	_____
1. Ablesung:	_____
2. Ablesung:	_____
3. Ablesung:	_____

Platz für Ihre Fragen / Anmerkungen:

Mit freundlichen Grüßen und weiter eine gute Genesung, Ihr Praxisteam