

Ihr Zeichen:  
Ihre Nachricht vom:  
Unser Zeichen:  
Ihre Ansprechperson:  
Telefon:  
Fax:  
E-Mail:  
  
Datum:

## Verlaufsbericht § 3 BKV bei Atemwegserkrankungen

### 1 Angaben zur versicherten Person

1.1 Name, Vorname:

Geburtsdatum:

### 2 Angaben zur Erwerbstätigkeit

Keine Veränderungen

2.1 Derzeitige Tätigkeit:

2.2 Seit wann ausgeübt:

2.3 Name/Adresse der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers:

2.4 Gewerbe:

### 3 Angaben Atemwegsbelastungen am Arbeitsplatz

Keine Veränderungen

3.1 Arbeitsstoffe/Arbeitsverfahren/Belastungen z. B. durch Stäube, Rauche, Gase, Allergene:

Stunden pro Tag

Bemerkungen:

3.2 Berichtet die versicherte Person über tätigkeitsunabhängige Atemwegsbelastungen?

Nein

Ja, folgende:

3.3 Klingen die Atemwegsbeschwerden in arbeitsfreier Zeit ab?

Nein

Ja, folgende:

...

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

#### 4 Angaben zu Schutzmaßnahmen

##### 4.1 Persönliche Schutzausrüstung - Tragen von Atemschutzmasken

Nein, weil  Ja, welche?  Keine Veränderungen

Bemerkungen:

##### 4.2 Organisatorische Schutzmaßnahmen (z. B. geänderte Arbeitsabläufe) am Arbeitsplatz?

Nein, weil  Ja, welche?  Keine Veränderungen

Bemerkungen:

##### 4.3 Technische Schutzmaßnahmen?

Nein, weil  Ja, welche?  Keine Veränderungen

Bemerkungen:

#### 5 Angaben zur Erkrankung

Keine Veränderungen

##### 5.1 Verlauf seit letzter Berichterstattung (z. B. ärztliche Behandlung aufgrund der Atemwegserkrankung, Beschwerdeverlauf, Medikamente)

##### 5.2 Aktueller Atemwegsbefund/klinischer Befund:

Lungenfunktionsprüfung:

Befunde, **soweit vorhanden**, bitte beifügen: z. B. Spirometrie, Bodyplethysmographie, Broncholyse-Test, Blutgasanalyse in Ruhe und unter Belastung, CO-Diffusion, Methacholintest, FeNO, Allergietests (Pricktest, spez. IgE).

##### 5.3 Hinweise auf allergische Erkrankungen? Testprotokolle, soweit vorhanden, bitte beifügen.

Nein  Ja, folgende:  Nicht bekannt

##### 5.4 Besteht/bestand wegen der tätigkeitsbezogenen Atemwegsbeschwerden Arbeitsunfähigkeit?

Nein  Ja, Zeiträume:

##### 5.5 Gibt es anamnestisch Hinweise auf eine bronchiale Hyperreagibilität (Atemnot bei der Wahrnehmung von Gerüchen, Wärme, Kälte, körperlicher Belastung etc.)?

##### 5.6 Ist die versicherte Person Raucherin/Raucher?

Nie  Ex, PY (Packungsjahre)

Zigaretten pro Tag von bis

##### 5.7 Sonstiger Befund

#### 6 Welche Diagnose(n) haben Sie erhoben?

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

## 7 Therapie und Präventionsempfehlungen

### 7.1 Therapie:

Welche Medikamente sind wegen der tätigkeitsbezogenen Atemwegsbeschwerden erforderlich und wurden verordnet?

Wie oft (konkrete Daten angeben) stellte sich die versicherte Person seit dem Behandlungsauftrag bzw. dem letzten Verlaufsbericht bei Ihnen vor?

### 7.2 Präventionsempfehlungen

- Beratung der versicherten Person durch eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter des UVT
- Teilnahme an einem Gesundheitsseminar
- Stationäre Heilbehandlung zu Lasten des UVT
- Empfehlungen zum Tragen von Schutzausrüstungen am Arbeitsplatz
- Sonstige Maßnahmen:

### 7.3 Tätigkeitswechsel notwendig?

- Nein
- Ja, warum? Ggf.: Sehen Sie durch die weitere Ausübung der Tätigkeit eine ernsthafte Gefahr für Leib und Leben der versicherten Person?

Bemerkungen:

#### Datenschutz:

Sofern die Behandlung noch andauert, habe ich die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

## Rechnung

	EUR
Porto	EUR
zusammen	EUR

Rechnungsnummer	<b>Institutionskennzeichen (IK)</b>
	<b>Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –</b>

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/der Ärztin

\_\_\_\_\_  
Anschrift/Stempel des Arztes/der Ärztin

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 118) und Auslagen nach der UV-GOÄ.