

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Unser Zeichen:
Ihr Ansprechpartner:
Telefon:
Telefax:
E-Mail:

Datum:

Hautarztbericht - UV-Träger - - Behandlungsverlauf

1 Angaben zum Versicherten

1.1 Name, Vorname:

Geburtsdatum:

2 Angaben zur beruflichen Beschäftigung

keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

2.1 Derzeitige Tätigkeit:

2.2 Seit wann ausgeübt:

3 Angaben zu Hautbelastungen/Schutzmaßnahmen

keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

3.1 Arbeitsstoffe:

Bemerkungen:

3.2 Feuchtarbeit: Stunden pro Tag

keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

Bemerkungen:

3.3 Verschmutzung: Stunden pro Tag

keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

Bemerkungen:

3.4 Persönliche Schutzausrüstung:

keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

- Handschuhe: nein ja Wenn ja, welche?

- Hautschutzmittel: nein ja Wenn ja, welche?

- Hautreinigungsmittel: nein ja Wenn ja, welche?

- Hautpflegemittel: nein ja Wenn ja, welche?

Bemerkungen:

4 Angaben zur Erkrankung

4.1 Verlauf seit letzter Berichterstattung (u. a. Behandlungstage, Arbeitsunfähigkeitszeiten):

...

5 Hautbefund

5.1 Beurteilungsgrundlage:

Während der Berufstätigkeit Während arbeitsfreier Zeit (Arbeitsunfähigkeit/Urlaub) Unter Cortisontherapie

5.2 Aktueller Hautbefund - bitte Detailangaben auf Beiblatt -:

- Morphe:

- Lokalisation:

5.3 Atopie:

(u. a. Beugenekezem, vorberufliches Handekzem inklusive Pompholyx, Juckreiz beim Schwitzen oder nach dem Duschen, Orrrhagaden, Pityriasis alba, Herthogezeichen, weißer Dermographismus)

- klinisch: Keine Hinweise ja, folgende:

5.4 Sonstiger Befund:

6 Diagnosen

7 Beurteilung

7.1 Verlauf:

7.2 Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Hauterkrankung:

nein ja, folgende - bitte begründen -:

8 Empfehlungen

8.1 Therapie:

Vorgesehene Maßnahmen:

Wiedervorstellung veranlasst am

Behandlung zu Lasten des UV-Trägers durch mich durch

8.2 Hautschutz:

- Externa:

- Schutzhandschuhe:

8.3 Aufgabe der derzeit ausgeübten Tätigkeit:

erscheint nicht erforderlich ist zu prüfen, weil - bitte begründen -:

8.4 Sonstige Maßnahmen (z. B. am Arbeitsplatz) - bitte begründen -:

Datenschutz:

Über den Zweck des Hautarztberichts und dessen Verwendung habe ich informiert

Verteiler

Unfallversicherungsträger
Krankenkasse
Behandelnder Arzt

Rechnung

Pauschbetrag

EUR

Porto

EUR

zusammen

EUR

Rechnungsnummer

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK - Bankverbindung -

Unterschrift des Arztes

Anschrift/Stempel des Arztes

Sie erhalten eine Gebühr (Nr.131) und Auslagen nach der UV-GOÄ. Darin enthalten ist die Untersuchung nach Nr.1 bzw. Nr. 6 UV-GOÄ.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beiblatt Hautbefund am

Befund bitte in freier Form in Abschnitt 5 beschreiben

