

## Neuer Dokumentationsbogen für Untersuchungen nach G1

O. Hagemeyer, E. Mannes, H. Otten, D. Dahmann

### Einleitung:

Als Beitrag zur Qualitätssicherung und als Hilfestellung für die nach G 1 ermächtigten Ärzte wurde schon 1975 ein standardisiertes Formblatt zur Dokumentation der erhobenen Befunde entwickelt (VA 2 – G 1 Untersuchungsbogen „Mineralischer Staub“). Die alltägliche Erfahrung zeigt, dass dieser – mehrfach weiterentwickelte - Untersuchungsbogen nicht nur bei den Einrichtungen der Unfallversicherungsträger, sondern auch in der betriebsärztlichen Praxis auf breite Akzeptanz stößt. Seit 2001 ist der Untersuchungsbogen auch maschinenlesbar. Neben Hinweisen zur Anamnese und einem körperlichen Untersuchungsbefund wird insbesondere auch der radiologische Befund anhand der ILO-Klassifikation der Pneumokiosen dokumentiert. Die Notwendigkeit, die neue Klassifikation der ILO (sogenannte ILO 2000, Bundesrepublik) in den Bogen einzuarbeiten, wurde zum Anlass genommen, den Untersuchungsbogen in seiner Gesamtheit einer gründlichen Revision zu unterziehen. Im Folgenden wird der neue Untersuchungsbogen vorgestellt und erläutert. Da ab 2004 auch bei den Untersuchungen ehemaliger Uranbergleute im Auftrag von ZeBWis ein neuer Dokumentationsbogen eingesetzt wird und dieser mit dem Untersuchungsbogen „Mineralischer Staub“ weitgehend identisch ist, werden die entsprechenden Hinweise hier ebenfalls gegeben.

### Anwendungsbereich

Der Untersuchungsbogen „Mineralischer Staub“ soll bei den arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nach G 1.1 (Quarzhaltiger Staub), G 1.2 (Asbestfaserhaltiger Staub) und G 1.3 (Keramikfaserhaltiger Staub) bei Erst- und Nachuntersuchungen und bei nachgehenden Untersuchungen nach G 1.2 und G 1.3 verwendet werden. Der Untersuchungsbogen findet keine Verwendung bei der Untersuchungen nach G 1.4 (Allgemeine Staubbelastung).

### *Besonderheiten bei ZeBWis:*

*Bei nachgehenden Untersuchungen ehemaliger Uranerzbergleute im Auftrag der Zentralen Betreuungsstelle Wismut (ZeBWis) wird ein weitgehend identischer Bogen verwendet, der sich nur in der ersten Seite („Satz I“) unterscheidet.*

Äußere Form

Zur erleichterten Datenerfassung mittels Scannern wurde das Papierformat geändert (DIN-A 4) und auf den bisher verwendeten Durchschreibesatz verzichtet. Aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit besteht der Untersuchungsbogen jetzt aus vier Seiten (Satz I bis IV), wobei der Druck schwarz auf weißem Papier erfolgt. Der Untersuchungsbogen wird zusätzlich auch als PDF-Datei zum Herunterladen und Ausdrucken im Internet kostenlos zur Verfügung gestellt ([www.textil-bg.de/ZAS/index\\_zas.htm](http://www.textil-bg.de/ZAS/index_zas.htm)). Zum Ausfüllen soll möglichst ein schwarzer Stift verwendet werden.

*Besonderheit bei ZeBWis:*

*Die erforderlichen Untersuchungsbögen werden den beauftragten Ärzten weiterhin durch ZeBWis zur Verfügung gestellt. Zur Abgrenzung dieser Untersuchung wird weiterhin ein in roter Blindfarbe gedruckter Bogen eingesetzt.*

Satz I Angaben zum Versicherten und arbeitsmedizinische Beurteilung (Abbildung 1):

① Auf Satz I ist das Feld „Auf Satz I oder III wurden Freitextzonen ausgefüllt“ ersatzlos entfallen, im übrigen wurden keine Änderungen vorgenommen.

*Besonderheit bei ZeBWis*

*Satz I des ZeBWis-Bogens unterscheidet sich vollständig vom G 1-Untersuchungsbogen (Abbildung 2). Neben Daten zur Identifizierung wird eine Empfehlung zum Untersuchungsabstand gegeben, wenn dieser aufgrund der ärztlichen Beurteilung von der allgemeinen, risikoabhängigen und auf dem Konzept der differenzierten Vorsorge basierenden Empfehlung abweicht. Die abweichende Empfehlung durch den Arzt ist zu begründen. Weiterhin sind Felder anzukreuzen, wenn Laboruntersuchungen durchgeführt worden sind und eine Beratung zur Tabakentwöhnung erfolgte.*

Satz II Arbeitsanamnese und Beschwerdeanamnese (Abbildung 3):**Arbeitsanamnese:**

② Die „Arbeitsanamnese“ ist gegenüber der bisherigen Form unverändert. Es ist aber zusätzlich ein Ergänzungsblatt erarbeitet und ebenfalls über das Internet herunterzuladen, das - bei fehlender bzw. unzureichender Arbeitsanamnese – einmalig anzuwenden ist.

*Besonderheit bei ZeBWis:*

*Dieser Teil des Untersuchungsbogens braucht nicht ausgefüllt zu werden.*

**Beschwerdeanamnese:**

- ③ Neu eingefügt wurden die Fragen nach Hämoptysen (Frage 7 b) und nach auffälliger Gewichtsabnahme in den letzten sechs Monaten (Frage 10).
- ④ Neu gestaltet wurde die Frage zum Rauchverhalten (Frage 9), bei der jetzt auch die Anzahl der pack years angegeben werden soll. Wegen des überadditiven Krebsrisikos bei gleichzeitiger Asbeststaub- und Zigarettenrauchexposition ist eine genauere Kenntnis des Rauchverhaltens erforderlich, damit den Versicherten zukünftig eine differenzierte Vorsorgestrategie angeboten werden kann. Nur wenn die pack years nicht angegeben werden können, soll näherungsweise der Zigarettenkonsum im zeitlichen Verlauf beschrieben werden ⑤

*Besonderheit bei ZeBWis:*

*Es sind ausschließlich Eintragungen in der linken Spalte ⑥ vorzunehmen.*

Satz III Untersuchungsbefunde (Abbildung 4):**Körperlicher Untersuchungsbefund:**

- ⑦ Die Befunddokumentation wurde gestrafft.

**Messergebnisse:**

- ⑧ Nach den Leitlinien zur Lungenfunktionsmessung sollen mindestens drei Messmanöver bei jeder spirometrischen Untersuchung durchgeführt und dokumentiert werden. Der erforderliche Platz für die Eintragungen wurde geschaffen. Nicht mehr erfasst werden soll die inspiratorische Vitalkapazität, sondern der Maximalwert der Vitalkapazität, gleichgültig ob inspiratorisch oder forciert gemessen. Bei der Berechnung des Prozentverhältnisses ( $FEV_1 / VC$ ) sind die Maximalwerte aus den drei Messmanövern zugrunde zu legen.
- ⑨ Das Ergebnis der Lungenfunktionsmessung ist zu beurteilen.

Satz IV Röntgenbefund und BK-Beurteilung (Abbildung 5):**Röntgenbefund:**

- ⑩ In der Zeile „Bildgüte“ wurde ein zusätzliches Feld zur Dokumentation des Vorliegens einer seitlichen Aufnahme eingefügt. Die Anfertigung einer seitlichen Aufnahme kann in Abhängigkeit u.a. von der p.a.-Aufnahme und ggf. vorhandenen Aufnahmen angezeigt sein. Im Rahmen der G 1-Untersuchungen ist weiterhin nur eine Thorax p.a.-Aufnahme gefordert.

Der überarbeitete Röntgenbefund ermöglicht die Eintragungen entsprechend ILO 2000 / Bundesrepublik. Hierzu wird auf die einschlägigen Veröffentlichungen in verwiesen.[1]

**BK-Beurteilung:**

①① Felder für die BK-Nr. 4112 (Lungenkrebs bei nachgewiesener Silikose/Siliko-Tuberkulose) und für die BK-Nr. 2404 (Erkrankungen durch ionisierende Strahlen) wurden neu aufgenommen. Weiterhin soll bei begründetem Verdacht die BK-Anzeige durch den Arzt gestellt werden.

Literatur:

- [1] Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 10 (2003), S. 504-514  
Pneumologie 57 [10] (2003), S. 576-584

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung  
Untersuchungsbogen "Mineralischer Staub"

Maschinell ausgedruckte Daten bitte überprüfen, evtl. berichtigen oder fehlende Daten nachtragen.

Angaben zum Versicherten

Angaben zum Arbeitgeber

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Vom Arzt auszufüllen

Familienname **) _____ Geburtsname _____ Straße _____ Postleitzahl und Ort _____		Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers <table border="1"> <tr> <td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>		Tag	Monat	Jahr							
Tag	Monat	Jahr											
Vorname _____ Staatsangeh. _____ Krankenkasse _____ Änderungen _____		Geburtsdatum <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											
Name _____ Straße _____ Postleitzahl und Ort _____		Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											
Einstellungsam <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												TAG: MONAT: JAHR _____	
Art der Tätigkeit _____ Änderung zu Art der Tätigkeit _____ unter Einwirkung von Staub beschäftigt seit _____		TAG: MONAT: JAHR _____											
Einwirkung durch _____ Änderung zu Einwirkung durch _____ Tätigkeitsbereich _____ Änderung zu Tätigkeitsbereich _____ Art der verwendeten technischen Hilfsmittel _____ Änderung zu Art der verwendeten techn. Hilfsm. _____ Art der Schutzmaßnahmen _____ Änderung zu Art der Schutzmaßnahmen _____		nach dem Schlüsselverzeichnis der Bundesanstalt für Arbeit nach dem Schlüsselverzeichnis der Bundesanstalt für Arbeit nach dem Schlüsselverzeichnis der Bundesanstalt für Arbeit nach dem Schlüsselverzeichnis der Bundesanstalt für Arbeit nach dem Schlüsselverzeichnis der Bundesanstalt für Arbeit nach dem Schlüsselverzeichnis der Bundesanstalt für Arbeit nach dem Schlüsselverzeichnis der Bundesanstalt für Arbeit nach dem Schlüsselverzeichnis der Bundesanstalt für Arbeit											

**Angaben zur Untersuchung**

Untersuchung nach Grundsatz G 1.1  G 1.2  G 1.3  Erstuntersuchung  Nachuntersuchung  nachgehende Untersuchung

**Ärztliche Bescheinigung über das Untersuchungsergebnis (gem. Nr. 3.3 oder 4.4 der Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3)**

Die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung am \_\_\_\_\_ Tag . \_\_\_\_\_ Monat . \_\_\_\_\_ Jahr ergab<sup>1)</sup>: (gilt nicht für nachgehende Untersuchung<sup>2)</sup>)

keine gesundheitlichen Bedenken  
 keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen  
 dauernde gesundheitliche Bedenken  
 gesundheitliche Bedenken befristet bis \_\_\_\_\_ Tag . \_\_\_\_\_ Monat . \_\_\_\_\_ Jahr

Bericht-Datum \_\_\_\_\_ Tag . \_\_\_\_\_ Monat . \_\_\_\_\_ Jahr  
 Die nächste Untersuchung ist durchzuführen \_\_\_\_\_ Tag . \_\_\_\_\_ Monat . \_\_\_\_\_ Jahr  
 LV-Kennzeichen des Arztes \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Hält der Arbeitgeber oder der Versicherte die Bescheinigung für unzutreffend, so kann er die Entscheidung der für die Gefahrstoffverordnung zuständigen Behörde beantragen.  
<sup>2</sup> Bei nachgehenden Untersuchungen erfolgt keine Weitergabe an den Arbeitgeber oder Betriebsarzt.

Bemerkungen: (bitte hier im Falle gesundheitlicher Bedenken nur Bedingungen und Empfehlungen für den Arbeitgeber eintragen. Medizinische Gründe für eine vorzeitige Nachuntersuchung nur auf Satz IV aufführen. Eine medizinische Beratung des Versicherten nur auf Satz I vornehmen.)

Im obigen Bereich wurden Änderungen des eingedruckten Textes vorgenommen

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,  
 wir überweisen Ihnen den oben genannten Versicherten zur Untersuchung gemäß den Berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen "Mineralischer Staub G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3".

Den Untersuchungsbogen bitten wir zu senden an: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes

VA 2 - G 1

Datum 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Tag . \_\_\_\_\_ Monat . \_\_\_\_\_ Jahr

Stempel und Unterschrift  
 \*) Bitte nur in arabischen Zahlen, evtl. mit Nullen aufgefüllt angeben  
 \*\*) Bei Änderung bitte den neuen Namen darüber schreiben  
 \*\*\*) Nach dem Schlüsselverzeichnis der Zentralen Erfassungsstelle Asbest



## ZeBWis

Ordnungsbegriff

Beleg-Nr.

Familiename

Vorname

Geburtsdatum

1=männlich

2=weiblich

Datum der Untersuchung

letzte ZeBWis Untersuchung

Unt.-Stelle

Arzt-Nr.

Eine Änderung des in der ZeBWis-Arztliste vorgeschlagenen Untersuchungsabstandes empfohlen:  ja  nein  
 Falls "Ja", begründen Sie bitte Ihre Entscheidung:

Der Abstand zwischen den Untersuchungen soll  Monate betragen.

Zusätzliche Bemerkungen:

Bitte ankreuzen:

- Es wurde eine Beurteilung anderweitig angefertigter Röntgenaufnahmen durchgeführt.
- Die Analyse des Blutbildes wurde durchgeführt.
- Es wurde eine Analyse des Differenzialblutbildes durchgeführt.
- Es wurde ein Urin-Mehrstreifentest durchgeführt.
- Es wurde eine Beratung zur Tabakentwöhnung durchgeführt.

Rechnungsstellung (ggf. ankreuzen):

- Teilnahme am vereinfachten Rechnungsverfahren gewünscht.

Name des ZeBWis-Arztes

Datum

Unterschrift / Stempel des Arztes

Satz II

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

Datum der Untersuchung

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag		Monat		Jahr	

Anamnese (Berufsgenossenschaftliche Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3)

Arbeitsanamnese  
Nicht für ZeBWiS-Untersuchungen

	Quarzstaub	Asbeststaub	Keramische Fasern
1. Haben Sie vor Eintritt in diesen Betrieb staubgefährdet gearbeitet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. In welchem Jahr erfolgte die erstmalige Staubbelastung?	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
Art der Tätigkeit (bitte genaue Angaben): <input type="text"/>			
3. Wieviele Jahre waren oder sind Sie insgesamt staubbelastet?	Jahre <input type="text"/> <input type="text"/> Monate <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>	Jahre <input type="text"/> <input type="text"/> Monate <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>	Jahre <input type="text"/> <input type="text"/> Monate <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
4. Haben Sie einen staubgefährdeten Arbeitsplatz wegen einer oder mehrerer der nebenstehenden Beschwerden aufgegeben?	a) wegen Beschwerden der Atmungsorgane	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	b) wegen Beschwerden des Herzens	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	c) wegen Beschwerden des Kreislaufs	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

2

Beschwerdeanamnese

5. Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der nebenstehenden Krankheiten?	a) Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt	Jahr der Erkrankung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
	b) Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt	Jahr der Erkrankung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
	c) Rippenfellentzündung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt	Jahr der Erkrankung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
	d) jährlich mehrfach Bronchitis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jahr des Beginns <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
	e) Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jahr des Beginns <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
	f) sonstige chronische Erkrankungen und welche (ggf. Klartext):	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jahr des Beginns <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
6. Husten Sie während mindestens dreier Monate im Jahr?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Monat und Jahr des Beginns <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>	
7. a) Haben Sie Auswurf während mindestens dreier Monate im Jahr?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jahr des Beginns <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>	
	b) Hämoptysen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jahr des Beginns <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
8. Verspüren Sie in letzter Zeit anhaltende Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Fremdkörpergefühl im Hals?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
9. Rauchen Sie? ( Wenn ja oder nicht mehr bitte Angabe über Anzahl der Packyears. Ein Packyear entspricht ca. 20 Zigaretten täglich pro Jahr. )	<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> nicht mehr		1-10 Zigaretten/Tag	von (Jahr) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup> bis (Jahr) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
<input type="checkbox"/> ja	Anzahl Packyears <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	11-20 Zigaretten/Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
		21-40 Zigaretten/Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
<input type="checkbox"/> ja Pfeife		> 40 Zigaretten/Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <sup>*)</sup>
<input type="checkbox"/> ja Zigarren			
10. Haben Sie in den letzten sechs Monaten an Gewicht abgenommen ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Bitte Zutreffendes ankreuzen

3

4

5

6

\*) Bitte nur in arabischen Zahlen, evtl. mit Nullen aufgefüllt angeben

Satz III

Abb. 4

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

Datum der Untersuchung




Tag

Monat

Jahr

Befunde (Berufsgenossenschaftliche Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3)

Allgemein	Konstitution	<input type="checkbox"/> indifferent	<input type="checkbox"/> leptosom	<input type="checkbox"/> athletisch	<input type="checkbox"/> pyknisch	<input type="checkbox"/> sonstiges
	Allgemeiner Körperzustand	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> adipös	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> kachektisch	<input type="checkbox"/> vorgealtert
	Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> Brust	<input type="checkbox"/> Lenden	<input type="checkbox"/> Kyphose	<input type="checkbox"/> Lordose	<input type="checkbox"/> Skoliose
Thorax und Lungen	Brustkorb	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Beweglichkeit eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Nachschleppen links	<input type="checkbox"/> Nachschleppen rechts	<input type="checkbox"/> Deformität <input type="checkbox"/> sonstiges
	Atmung	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Dyspnoe in Ruhe	<input type="checkbox"/> Dyspnoe bei Belastung	<input type="checkbox"/> Stridor	<input type="checkbox"/> sonstiges
	Klopfschall	rechts	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> gedämpft	<input type="checkbox"/> hypersonor	<input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> Mitte <input type="checkbox"/> unten
		links	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> gedämpft	<input type="checkbox"/> hypersonor	<input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> Mitte <input type="checkbox"/> unten
	Atemgeräusch	rechts	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> bronchial	<input type="checkbox"/> verschärft	<input type="checkbox"/> abgeschwächt <input type="checkbox"/> Expiration verlängert <input type="checkbox"/> sonstiges
		links	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> bronchial	<input type="checkbox"/> verschärft	<input type="checkbox"/> abgeschwächt <input type="checkbox"/> Expiration verlängert <input type="checkbox"/> sonstiges
	Nebengeräusch	rechts	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> Knisterrasseln	<input type="checkbox"/> Mitte <input type="checkbox"/> unten	<input type="checkbox"/> sonstige RG <input type="checkbox"/> klingend <input type="checkbox"/> nicht klingend
		links	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Giemen/Brummen <input type="checkbox"/> Knisterrasseln	<input type="checkbox"/> Reiben <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> Mitte <input type="checkbox"/> unten	<input type="checkbox"/> sonstige RG <input type="checkbox"/> klingend <input type="checkbox"/> nicht klingend
	Herz und Kreislauf	Herztöne	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Herzgeräusche	<input type="checkbox"/> sonstiges	
		Herzaktion	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Extrasystolen	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> sonstiges

7

Messergebnisse (Berufsgenossenschaftliche Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3)

Jede Spalte muss beantwortet sein. Leerstellen bitte evtl. mit Nullen auffüllen.

Größe (in cm)    <sup>\*)</sup>

Herzfrequenz/min.    <sup>\*)</sup>

Gewicht (in kg)    <sup>\*)</sup>

halbbekleidet

Blutdruck mm Hg, sitzend, rechter Arm

systolisch    <sup>\*)</sup>

diastolisch    <sup>\*)</sup>

Lungenfunktion (BTPS)  
Vitalkapazität (VC)  
Soll nach EGKS (in Litern)  ,  <sup>\*)</sup>

Vitalkapazität (in Litern)

1. Messung  ,  <sup>\*)</sup>

2. Messung  ,  <sup>\*)</sup>

3. Messung  ,  <sup>\*)</sup>

Atemstoßwerte/Sek. (FEV 1)  
Messwerte (in Liter/Sek.)  ,  <sup>\*)</sup>

,  <sup>\*)</sup>

Prozentverhältnis FEV 1 MAX / VC MAX (in %)  ,  <sup>\*)</sup>

Beurteilung der Ventilation  normal     obstruktiv     restriktiv

8

2618756301

<sup>\*)</sup> Bitte nur in arabischen Zahlen, evtl. mit Nullen aufgefllt angeben

9



Satz IV

Abb. 5

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

Datum der Untersuchung

Tag . Monat . Jahr

RÖNTGENBEFUND nach der ILO Klassifikation 2000 / Bundesrepublik (Berufsgenossenschaftliche Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3)

Bildgüte		<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> seitl. Aufnahme vorhanden				
Lunge	<b>Kleine Schatten</b>	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	<b>Felder</b>					
	Rundliche Form	<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 3/3	<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> LO				
	Größe p q r	<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> LM				
						<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> LU				
Lunge	<b>Unregelmäßige Form</b>	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	<b>Symbole</b>					
	Rundliche Form	<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 3/3	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> fr				
	Größe s t u	<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+	<input type="checkbox"/> aa	<input type="checkbox"/> hi				
						<input type="checkbox"/> at	<input type="checkbox"/> ho				
Lunge	<b>Gemischte Formen</b>	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	<input type="checkbox"/> ax	<input type="checkbox"/> id				
		<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 3/3	<input type="checkbox"/> bu	<input type="checkbox"/> ih				
		<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+	<input type="checkbox"/> ca	<input type="checkbox"/> kl				
						<input type="checkbox"/> cg	<input type="checkbox"/> me				
Lunge	<b>Große Schatten</b>	<input type="checkbox"/> A					<input type="checkbox"/> cn	<input type="checkbox"/> od			
	Größe	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> B					<input type="checkbox"/> co	<input type="checkbox"/> pa		
			<input type="checkbox"/> C					<input type="checkbox"/> cp	<input type="checkbox"/> pb		
								<input type="checkbox"/> cv	<input type="checkbox"/> pi		
Pleura	<b>Adhärenz des kostophrenischen Winkels</b>	<input type="checkbox"/> o. B.	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> di	<input type="checkbox"/> px	
	<b>Pleuraverdickung diffus seitliche Brustwand</b>	Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht		Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht						<input type="checkbox"/> ef	<input type="checkbox"/> ra
		R <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> em	<input type="checkbox"/> rp
		<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> es	<input type="checkbox"/> tb	
Pleura	<b>Pleuraverdickung umschrieben (Plaques)</b>	Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht		Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht		<b>Lokalisation</b>					
		R <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/>	Zwerchfell R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/>	Brustwand <input type="checkbox"/>		
Pleura	<b>Pleuraverkalkung</b>	Zwerchfell		Brustwand							
		<input type="checkbox"/> o. B.	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>			

10

BK-BEURTEILUNG

Keine Hinweise auf anzeigepflichtige Veränderungen

Anzeigepflicht: Begründeter Verdacht

- Silikose (BK-Nr. 4101)
- Asbestose (BK-Nr. 4103)
- Asbestverursachter Kehlkopfkrebs (BK-Nr. 4104)
- Siliko-Tuberkulose (BK-Nr. 4102)
- Asbestverursachte Pleuraerkrankung (BK-Nr. 4103)
- Pleuramesotheliom/Peritonealesotheliom (BK-Nr. 4105)
- Lungenkrebs bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (BK-Nr. 4112)
- Asbestverursachter Lungenkrebs (BK-Nr. 4104)
- Erkrankungen durch ionisierende Strahlen (BK-Nr. 2402)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

11

Begründung BK / Ergänzende Befunde / Vorschläge und/oder veranlasste Massnahmen (Bitte in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes

\*) Bitte zutreffendes ankreuzen  
 \*\*) Bitte BK-Anzeige erstellen und an den zuständigen UV-Träger senden sowie den Versicherten unterrichten  
 \*\*\*) In begründeten Fällen gem. Nr. 3.2.1/4.3 der Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3 sowie Nr. 5 G 1.2 bzw. G 1.3