

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

Datum:

Bericht „Optimiertes Atemwegs-Verfahren“ (OAV) der BG ETEM

1 Angaben zur versicherten Person

- 1.1 Name, Vorname: Geburtsdatum:
- 1.2 Anschrift: Telefon-Nr.:
- 1.3 Staatsangehörigkeit: Geschlecht:
- 1.4 Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin:
- 1.5 Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds):

2 Angaben zur beruflichen Beschäftigung

- 2.1 Derzeitige Tätigkeit:
- 2.2 Seit wann ausgeübt:
- 2.3 Vorherige Tätigkeit:
- 2.4 Übt die versicherte Person eine Nebentätigkeit aus? Nein Ja, welche?

3 Angaben zu Atemwegsbelastungen

- 3.1 Einwirkungen/Belastungen (nach Möglichkeit konkret benennen):

Bemerkungen:

...

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

3.4 Bestehen **außerberuflich** nennenswerte Atemwegsbelastungen (Haushalt, Hobbies, Tierhaltung, usw.)?

Nein Ja, welche?

3.5 Ist/War die versicherte Person Raucher?

Nein Ja, von _____ bis _____
Packyears:

4 Angaben zur Erkrankung

4.1 Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten?

4.2 Wie äußerten sich die Beschwerden?

4.3 Erfolgte deswegen bereits eine ärztliche Behandlung? Nein Ja

Wenn ja, Zeitpunkt/ Zeitraum der Behandlung durch mich durch anderen Arzt/Ärztin (Name, Anschrift) Häufigkeit Arbeitsunfähigkeit Nein Ja (ggf. Zeitraum) bis

4.4 Welche Funktionstestungen liegen bereits vor? (bitte fügen Sie die Testergebnisse in Kopie bei)

Spirometrie Peak-Flow-Messung
 Bronchospasmodolysetest sonstige (Welche?) _____

5 Angaben zu Schutzmaßnahmen

5.1 Wurde ein Betriebsarzt/eine Betriebsärztin eingeschaltet bzw. informiert? Nein Ja

Name & Adresse:

5.2 Welche betrieblichen Schutzmaßnahmen (z.B. Absaugung) existieren?

5.3 Welche persönliche Schutzausrüstung (z.B. Atemschutz) wird genutzt?

5.4 Wurde die Erkrankung bereits gemeldet? Nein Ja, bei UVT:

5 **Atemwegsbefund**

5.1 Beurteilungsgrundlage:

- Während der Berufstätigkeit Während arbeitsfreier Zeit (Arbeitsunfähigkeit/Urlaub)
 Unter Nutzung atemwegswirksamer Medikamente (Wenn ja, welche?)

5.2 Aktueller Befund (**-bitte detaillierte Angaben-**) inkl. aktueller Funktionstestungen (bitte beifügen)

6 **Diagnosen**

7 **Beurteilung**

7.1 Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Atemwegserkrankung:

- Nein Ja, folgende – bitte begründen –:

7.2 Folgende Maßnahmen sind noch erforderlich (z.B. Allergietestungen, Messungen am Arbeitsplatz, etc.)

8 **Behandlung**

8.1 Folgende Therapien wurden bislang durchgeführt:

8.2 Folgende Therapien sind vorgesehen:

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
----------------	---------------

9 Empfehlungen

9.1 Therapieempfehlungen:

9.2 Präventionsempfehlungen:

10 Aufgabe der derzeit ausgeübten Tätigkeit:

Tätigkeit kann voraussichtlich weiter ausgeübt werden.

Tätigkeitsaufgabe droht, weil:

Wiedervorstellung veranlasst am **(Hinweis: spätestens nach 4 Wochen)**

Datenschutz:

Über den Zweck des Berichtes OAV und dessen Verwendung habe ich informiert.

Rechnung

Pauschbetrag	EUR
Porto	EUR
zusammen	EUR

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Anschrift/Stempel des Arztes/der Ärztin

Sie erhalten eine Gebühr analog der Nr.130 nach der UV-GOÄ. Darin enthalten ist die Untersuchung nach Nr. 1 bzw. Nr. 6 UV-GOÄ.