

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	<input type="checkbox"/> durch mich	<input type="checkbox"/> durch anderen Arzt/Ärztin (Name, Anschrift)	Häufigkeit	Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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	<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 analog der Nr.130 nach der UV-GOÄ. Darin enthalten ist die Untersuchung nach Nr. 1 bzw. Nr. 6 UV-GOÄ.