

# Hautarztbericht

Für den Unfallversicherungsträger

Unfallversicherungsträger		Eingetroffen am		Uhrzeit	
Name, Vorname des Versicherten		Geburtsdatum		Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse)	
Beschäftigt als	Seit wann	Bei Pflegeunfall Pflegekasse des Pflegebedürftigen			
Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen					
Wohnung des Versicherten, Straße, Postleitzahl, Ort			Telefon des Versicherten	Staatsangehörigkeit	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

**A. Angaben des Versicherten über die berufliche Beschäftigung und Vorerkrankungen  
(nur auszufüllen bei der ersten Erstattung des Hautarztberichtes)**

1.1 Derzeitige Tätigkeit?

1.2 Seit wann ausgeübt?

1.3 Vorher beschäftigt bei: \_\_\_\_\_ als:

2.1 Wann ist die Hauterkrankung zum ersten Male aufgetreten?

2.2 An welcher Körperregion?

2.3 Erfolgte deswegen bereits eine ärztliche Behandlung?  
(Gegebenenfalls Name und Anschrift des Arztes angeben)

2.4 Bestand oder besteht wegen der Erkrankung Arbeitsunfähigkeit? Ggf. von wann bis wann?

2.5 Wurde die Erkrankung bereits einem Unfallversicherungsträger gemeldet (ggf. welchem)?

3 Wodurch ist das Hautleiden nach Meinung des Versicherten entstanden?

3.1 Arbeitsstoffe:

3.2 Andere Ursache:

4 Bisherige Testungen:  
(gegebenenfalls durch wen?)

**B.**  
5 Untersuchungsbefund:

**C.**  
6 Diagnose:

**D.**  
7 Welche Maßnahmen werden vorgeschlagen?  
7.1 Prophylaktische Maßnahmen (z. B. Anwendung von Schutzsalben, Meidung oder Austausch bestimmter Arbeitsstoffe, Tragen von Schutzhandschuhen):  
  
7.2 Therapeutische Maßnahmen:

**E.**  
8 Es besteht ein - kein - Anhalt für eine beruflich bedingte Hauterkrankung, weil

9 Zur Klärung der Diagnose ist eine Wiedervorstellung für den                    vorgesehen, falls das Hautleiden bis dahin nicht abgeheilt ist. Der Versicherte wurde unterrichtet.

10 Die Aufgabe der jetzigen Tätigkeit ist zu prüfen, weil

11 Hautärztliche Behandlung ist erforderlich - nicht erforderlich.

**Datenschutz:**

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

**Rechnung**

Pauschbetrag

EUR

Porto

EUR

zusammen

EUR

Rechnungsnummer

Institutionskennzeichen (IK)

Falls kein IK - Bankverbindung -

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 130) und Auslagen nach der UV-GOÄ

**Verteiler**

Unfallversicherungsträger

Krankenkasse

Behandelnder Arzt