

Für den Unfallversicherungsträger

Stempel des Arztes

Hautarztbericht

(Auch zu verwenden bei Wiedervorstellungen;
Erstbericht wurde erstattet am)

Eingetroffen am um Uhr, entlassen um Uhr

Zuname: _____ Vorname: _____ geb.: _____ Staatsangehörigkeit: _____
wohnhaft in: _____ Straße Nr.: _____ beschäftigt als: **BERUF**
Arbeitgeber: _____
Krankenkasse: **KASSE** Unfallversicherungsträger: **TRÄGER**

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

1. a) Derzeitige Tätigkeit? **BERUF**
- b) Seit wann ausgeübt? **DATUM**
- c) Vorher beschäftigt bei: **ARBEITGEBER** als: **BERUF**
-
2. a) Wann ist die Hauterkrankung zum ersten Male aufgetreten? **DATUM**
- b) An welcher Körperregion? **LOKALISATION**
- c) Erfolgte deswegen bereits ärztliche Behandlung? **JA/NEIN**
(gegebenfalls Name und Anschrift des Arztes angeben)
- d) Bestand / besteht wg. der Erkrankung Arbeitsunfähigkeit? **JA/NEIN** Ggf. von wann bis wann? **DATUM**
- e) Wurde die Erkrankung bereits einem Unfallversicherungsträger gemeldet (ggf welchem)? **JA/NEIN**
-

3. Wodurch ist das Hautleiden nach Meinung des Versicherten entstanden?
- a) Arbeitsstoffe: **STOFFE**
- b) andere Ursachen: **URSACHEN**
-

4. Bisherige Testungen: (gegebenfalls durch wen?) **TESTUNGEN**
-

B.

5. Untersuchungsbefund: **BEFUND**
-

C.

6. Diagnose: **DIAGNOSE**

D.

7. Welche Maßnahmen werden vorgeschlagen?

a) Prophylaktische Maßnahmen (z.B. Anwendung von Schutzsalben, Meidung oder Austausch bestimmter Arbeitsstoffe, Tragen von Schutzhandschuhen: **MASSNAHMEN**

b) Therapeutischen Maßnahmen: **MASSNAHMEN**

E.

8. Es besteht **kein** Anhalt für eine beruflich bedingte Hauterkrankung, weil **GRUND**

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

10. Die Aufgabe der jetzigen Tätigkeit ist zu prüfen, weil **GRUND**

11. Hautärztliche Behandlung ist **nicht** erforderlich.

⇒ Durchschrift an behandelnden Arzt: Falls von mir eine Wiedervorstellung vorgesehen, bitte ich, den Erkrankten hierzu anzuhalten; bei Verschlimmerung sofort.

Heidelberg, den **12.11.2003**

Unterschrift des Arztes

F. Liquidation

Pauschalbetrag nach Ltnr. 103

Porto

zusammen

Zu zahlen an
Kontoinhaber:
bei
Konto: