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

Bericht OAV **– BG ETEM –**

**– Behandlungsverlauf**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | **Angaben zur versicherten Person** | |
| 1.1 | Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
|  |  |  |
| 2 | **Angaben zur beruflichen Beschäftigung**  Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht | |
| 2.1 | Derzeitige Tätigkeit: | |
|  |  | |
| 2.2 | Seit wann ausgeübt: | |
| 2.3 | Übt die versicherte Person eine Nebentätigkeit aus?  Nein  Ja, welche? | |
|  |  | |
| 3 | **Angaben zu Atemwegsbelastungen und**  **Schutzmaßnahmen**  Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht | |
| 3.1 | Einwirkungen/Belastungen (nach Möglichkeit konkret benennen): | |
|  |  | |
|  | Bemerkungen: | |
|  |  | |
| 3.2 | Persönliche Schutzausrüstung:  Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht | |
|  | Folgende persönliche Schutzausrüstung wird genutzt: | |
|  |  | |
| 3.3 | Betriebliche Schutzmaßnahmen:  Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht | |
|  | Folgende Schutzmaßnahmen wurden vom Betrieb ergriffen: | |
|  |  | |
| 3.4 | Ist der Versicherte Raucher?  Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht | |
|  | Nein  Ja | |
| 3.5 | Bestehen **außerberuflich** nennenswerte Hautbelastungen (Haushalt, Hobbies, Gartenarbeit, usw.)? | |
|  | Nein  Ja, welche? | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 4 | **Angaben zur Erkrankung**  **– Verlauf seit letzter Berichterstattung** |
| 4.1 | Behandlungstage |
|  |  |
| 4.2 | Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen der Atemwegsbeschwerden |
|  | Nein  Ja, von       bis (voraussichtlich) |
| 4.3 | Gesundheitszustand |
|  | Unverändert |
|  | Besserung, seit |
|  | Verschlechterung, seit |
| 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 detaillirte Angaben –** inkl. ggf. aktuelle Funktionstestungen (bitte beifügen): |
|  | – Datum der Untersuchung: |
|  | – Befunde: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 6 | **Diagnosen** |
|  |  |
| 7 | **Beurteilung** |
|  | Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Atemwegserkrankung: |
|  | Nein  Ja, folgende – bitte begründen –: |
|  | Besserung im Urlaub |
|  | Besserung in arbeitsfreier Zeit (z. B. andere Erkrankungen, Kurzarbeit) |
|  | Sonstige: |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 8 | **Therapie und Präventionsempfehlungen** |
| 8.1 | Therapie: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Wiedervorstellung veranlasst am |
|  | Behandlung zu Lasten des UVT  durch mich  durch |
| 8.2 | Präventionsempfehlungen: |
|  | Optimierung des Atemschutzes (bitte Ausführen, welche Optimierung) |
|  |  |
|  | Beratung der versicherten Person durch einen Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin des UVT |
|  |  |
|  | Lungensport |
|  |  |
|  | Stationäre Heilbehandlung zu Lasten des UVT |
|  |  |
|  | Empfehlung zu Maßnahmen am Arbeitsplatz (Welche?) |
|  |  |
|  | Sonstige Maßnahmen (z. B. im privaten Bereich) |
|  |  |
| 9 | **Aufgabe der derzeit ausgeübten Tätigkeit:** |
|  | Tätigkeit kann voraussichtlich weiter ausgeübt werden. |
|  | Tätigkeitsaufgabe droht, weil: |
|  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datenschutz:**  Über den Zweck des Berichts OAV und dessen Verwendung habe ich informiert. | | | |
| Rechnung | | | |
| Pauschbetrag | |  | EUR |
| Abrechnung vorheriger Konsultationen nach Ziffer 1 | |  | 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 (Nr.131) und Auslagen nach der UV-GOÄ. Darin enthalten ist die Untersuchung nach Nr. 1 bzw. Nr. 6 UV-GOÄ.

**Verteiler**

Unfallversicherungsträger

Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin

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