

1 Name und Anschrift des Unternehmens

ANZEIGE der Unternehmerin / des Unternehmers bei Anhaltspunkten für eine **BERUFSKRANKHEIT**

3 Empfänger/in

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4 Name, Vorname der versicherten Person

5 Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

Männlich

Weiblich

8 Staatsangehörigkeit

9 Leiharbeiter/in

Ja

Nein

10 Auszubildende/r

Ja

Nein

11 Die versicherte Person ist

Unternehmer/in

Gesellschafter/in

Geschäftsführer/in

mit der Unternehmerin / dem Unternehmer

verheiratet

in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend

verwandt

12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung

besteht für

--	--	--

Wochen

13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

14 Welche Krankheitserscheinungen liegen vor, die Anhaltspunkte für die Anzeige bilden? Welche Beschwerden äußert die versicherte Person? Auf welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe führt die versicherte Person die Beschwerden zurück?

15 Welche gefährdenden Tätigkeiten hat die versicherte Person ausgeübt? Welchen gefährdenden Einwirkungen und Stoffen war die versicherte Person bei der Arbeit ausgesetzt?

16 Wurde arbeitsmedizinische Vorsorge durchgeführt? Wenn ja, durch wen und wann?

17 Wurden die unter Nummer 15 genannten Gefährdungsfaktoren am Arbeitsplatz der versicherten Person überprüft (z.B. Gefährdungsbeurteilung, Messungen)? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

18 Datum

Unternehmer/in (Bevollmächtigte/r)

Betriebsrat (Personalrat)

Telefon-Nr. für Rückfragen