

Organisationsdienst für nachgehende Untersuchungen (ODIN)

Informationen über ODIN, zur Meldung an ODIN und über die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten für Personen mit Gefahrstoffexposition

Nach einem internationalen Übereinkommen^{*1}, der früheren Unfallverhütungsvorschrift „Arbeitsmedizinische Vorsorge“^{**2}) und aktuell der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge -ArbMedVV-^{*3}) ist sicherzustellen, dass sich Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer auch **nach** einer Tätigkeit mit Exposition gegenüber krebserzeugenden/keimzellmutagenen Stoffen und Gemischen (nachfolgend zusammenfassend als Gefahrstoff bezeichnet) unter gewissen Voraussetzungen arbeitsmedizinischer Vorsorge unterziehen können.

Solange Sie in Ihrem Unternehmen bleiben, wird von dort die erforderliche Vorsorge veranlasst und zwar auch dann, wenn Sie in einen anderen Betriebsbereich wechseln oder sich die Kriterien Ihres Arbeitsplatzes hinsichtlich Ihrer Tätigkeit mit Gefahrstoffen geändert haben.

Mit Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses hat d. Arbeitgeberin/Arbeitgeber die Verpflichtung zum Angebot nachgehender Vorsorge auf den gesetzlichen Unfallversicherungsträger zu übertragen und diesem die erforderlichen Unterlagen in Kopie zu überlassen, sofern Sie hierzu einwilligen (§ 5 Abs. 3 ArbMedVV).

Hierfür haben die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung den
Organisationsdienst für nachgehende Untersuchungen (ODIN)
c/o Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie -BG RCI-
Postfach 10 14 80, 69004 Heidelberg
Telefon (06221) 5108 2920 -1 bis -3

geschaffen und mit der Organisation der nachgehenden Vorsorge (ngV) beauftragt.

Ihre Arbeitgeberin/Ihr Arbeitgeber wird Sie, wenn Sie zu dem betroffenen Personenkreis gehören, kontaktieren und mit Ihnen die erforderlichen Daten zu Ihrer Person erheben. Sofern Sie einwilligen, wird er die zur Organisation der nachgehenden Vorsorge erforderlichen Daten an ODIN übergeben. Wir empfehlen, vom Angebot der nachgehenden Vorsorge Gebrauch zu machen, zumal weder Ihnen noch Ihrer Krankenkasse dadurch Kosten entstehen.

Hinweis: Ihre Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Es genügt eine formlose Mitteilung an ODIN. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf Ihrer Einwilligung nur für die Zukunft und nicht für die Vergangenheit möglich ist. Die bis zum Zeitpunkt Ihres Widerrufs vorgenommene Datenverarbeitung bleibt damit rechtmäßig.

Aus dem nachfolgend beispielhaft abgedruckten Meldebogen können Sie alle Daten entnehmen, die zu Ihrer Person bei ODIN gespeichert werden. Mit dem Überlassen dieses Bogens wird die Forderung des § 204 Abs. 7 SGB VII erfüllt, nach der Sie vor der erstmaligen Speicherung Ihrer Sozialdaten über die Art der gespeicherten Daten, die speichernde Stelle (ODIN) und den Zweck der Datei zu unterrichten sind. Auf Antrag wird Ihnen zukünftig Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten sowie über den Zweck der Speicherung erteilt (§ 83 SGB X). Die/den für ODIN zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n erreichen Sie postalisch unter folgender Adresse: Datenschutzbeauftragte/r der BG RCI, Kurfürsten-Anlage 62, 69115 Heidelberg (Tel.: 06221-5108-0) oder per Mail [info\(at\)bgrci.de](mailto:info(at)bgrci.de).

Eine Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt nur, soweit dies zur Organisation und Abwicklung der nachgehenden Vorsorge erforderlich ist. Die Daten unterliegen dem Sozialdatenschutz gemäß Sozialgesetzbuch (§ 35 SGB I, § 67 SGB X). Die kompletten Datenschutzhinweise und Datenschutzkonzept zu ODIN finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Zugang zum Internet haben, rufen Sie uns bitte an. Wir senden Ihnen die Unterlagen gerne auch in ausgedruckter Form zu.

Sollten Sie der Ansicht sein, bei der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in Ihren Rechten verletzt worden zu sein, können Sie sich auch an die für ODIN zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde (Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Husarenstr. 30, 53117 Bonn) wenden.

Haben Sie noch Fragen? Schauen Sie gerne auf unsere Homepage www.odin-info.de oder rufen Sie uns an.

*1) Übereinkommen Nr. 139 der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) vom 24. Juni 1974 über die Verhütung und Bekämpfung der durch krebserzeugende Stoffe und Einwirkungen verursachten Berufsgefahren, das durch Gesetz vom 13. Mai 1976 (BGBl II 1976, S. 577) zu deutschem Recht wurde.

**2) Unfallverhütungsvorschrift „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ (BGV A 4) vom 01.10.1984 in der jeweils geltenden Fassung

*3) Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) vom 18. Dezember 2008, die am 24.12.08 in Kraft getreten ist.

Für die Versicherte/den Versicherten

(Bitte aufbewahren)

ANMELDUNG

B

beim Organisationsdienst für
nachgehende Untersuchungen

ODIN

Versicherungs-Nr. beim Rentenversicherungsträger	T T M M J J J			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	Geburtsdatum			
"Krebserzeugende Gefahrstoffe"				
Familienname		Vorname		
Geburtsname		Akad. Grad/Titel		
Straße, Hausnr.		Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	
PLZ / Ort		Staatsangehörigkeit		
Einstellung am	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(T T M M J J J J)	Personal-Nr.	

Mitglieds-Nr. des Unternehmens beim Unfallversicherungsträger		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Anschritt des Unternehmens		UV-Träger	
Straße / Postfach			
PLZ / Ort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Angaben zur Tätigkeit <small>(Bei mehr als 3 Gefahrstoffen: Bitte weiteren Anmeldebogen benutzen - hier klicken)</small>			
Exposition	Beginn am	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(T T M M J J J J)
Arbeitsbereich			
Gefahrstoff		Tätigkeit (3)	
Exposition	Beginn am	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(T T M M J J J J)
Arbeitsbereich			
Gefahrstoff		Tätigkeit (3)	
Exposition	Beginn am	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(T T M M J J J J)
Arbeitsbereich			
Gefahrstoff		Tätigkeit (3)	

Wer führt die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung durch?	Ärztin/Arzt, Institution	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Straße / Postfach	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	PLZ / Ort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Angaben zu früherer Tätigkeit mit krebserzeugenden Gefahrstoffen			
Exposition	Beginn am	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(T T M M J J J J) - soweit bekannt
	Im meldenden Betrieb	<input type="checkbox"/>	In einem anderen Betrieb
Ende am	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Gefahrstoff			