

Satz II

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

Datum der Untersuchung

Tag	Monat	Jahr		

Anamnese

Arbeitsanamnese
Nicht für ZebWIS-Untersuchungen

	Quarzstaub	Asbeststaub	Keramische Fasern
1. Haben Sie vor Eintritt in diesen Betrieb staubgefährdet gearbeitet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
2. In welchem Jahr erfolgte die erstmalige Staubbelastung?	Jahr *) [][][][]	Jahr *) [][][][]	Jahr *) [][][][]
Art der Tätigkeit (bitte genaue Angaben): []			
3. Wieviele Jahre waren oder sind Sie insgesamt staubbelastet?	Jahre Monate *) [][] [][]	Jahre Monate *) [][] [][]	Jahre Monate *) [][] [][]
4. Haben Sie einen staubgefährdeten Arbeitsplatz wegen einer oder mehrerer der nebenstehenden Beschwerden aufgegeben?	a) wegen Beschwerden der Atmungsorgane <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	b) wegen Beschwerden des Herzens <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	c) wegen Beschwerden des Kreislaufs <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Beschwerdeanamnese

Bitte Zutreffendes ankreuzen

5. Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der nebenstehenden Krankheiten?	a) Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt Jahr der Erkrankung	[][][][] *)
	b) Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt Jahr der Erkrankung	[][][][] *)
	c) Rippenfellentzündung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt Jahr der Erkrankung	[][][][] *)
	d) jährlich mehrfach Bronchitis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Jahr des Beginns	[][][][] *)
	e) Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Jahr des Beginns	[][][][] *)
	f) sonstige chronische Erkrankungen und welche (ggf. Klartext):	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Jahr des Beginns	[][][][] *)
6. Husten Sie während mindestens dreier Monate im Jahr?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Monat und Jahr des Beginns	[][] [][][] *)	[][][][] *)
7. a) Haben Sie Auswurf während mindestens dreier Monate im Jahr?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Jahr des Beginns	[][][][] *)	[][][][] *)
	b) Hämoptysen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Jahr des Beginns	[][][][] *)
8. Verspüren Sie in letzter Zeit anhaltende Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Fremdkörpergefühl im Hals?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
9. Rauchen Sie? (Wenn ja oder nicht mehr bitte Angabe über Anzahl der Packyears. Ein Packyear entspricht ca. 20 Zigaretten täglich pro Jahr.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht mehr <input type="checkbox"/> ja	von (Jahr) *) bis (Jahr) *) 1-10 Zigaretten/Tag [][][][] [][][][] *) 11-20 Zigaretten/Tag [][][][] [][][][] *) 21-40 Zigaretten/Tag [][][][] [][][][] *) > 40 Zigaretten/Tag [][][][] [][][][] *)	Anzahl Packyears [][][]
10. Haben Sie in den letzten sechs Monaten an Gewicht abgenommen ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

*) Bitte nur in arabischen Zahlen, evtl. mit Nullen aufgefüllt angeben

Satz III

Datum der Untersuchung

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

Tag		Monat		Jahr			

Befunde

Allgemein	Konstitution	<input type="checkbox"/> indifferent	<input type="checkbox"/> leptosom	<input type="checkbox"/> athletisch	<input type="checkbox"/> pyknisch	<input type="checkbox"/> sonstiges		
	Allgemeiner Körperzustand	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> adipös	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> kachektisch	<input type="checkbox"/> vorgealtert		
	Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Brust	<input type="checkbox"/> Lenden	<input type="checkbox"/> Kyphose	<input type="checkbox"/> Lordose	<input type="checkbox"/> Skoliose	
Thorax und Lungen	Brustkorb	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Beweglichkeit eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Nachschleppen links	<input type="checkbox"/> Nachschleppen rechts	<input type="checkbox"/> Deformität	<input type="checkbox"/> sonstiges	
	Atmung	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Dyspnoe in Ruhe	<input type="checkbox"/> Dyspnoe bei Belastung	<input type="checkbox"/> Stridor		<input type="checkbox"/> sonstiges	
	Klopfschall	rechts	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> gedämpft	<input type="checkbox"/> hypersonor	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> Mitte	<input type="checkbox"/> unten
		links	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> gedämpft	<input type="checkbox"/> hypersonor	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> Mitte	<input type="checkbox"/> unten
	Atemgeräusch	rechts	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> bronchial	<input type="checkbox"/> verschärft	<input type="checkbox"/> abgeschwächt	<input type="checkbox"/> Expiration verlängert	<input type="checkbox"/> sonstiges
		links	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> bronchial	<input type="checkbox"/> verschärft	<input type="checkbox"/> abgeschwächt	<input type="checkbox"/> Expiration verlängert	<input type="checkbox"/> sonstiges
	Nebengeräusch	rechts	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Knisterrasseln	<input type="checkbox"/> sonstige RG		<input type="checkbox"/> klingend	<input type="checkbox"/> nicht klingend
		links	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Knisterrasseln	<input type="checkbox"/> sonstige RG		<input type="checkbox"/> klingend	<input type="checkbox"/> nicht klingend
	Herz und Kreislauf	Herztöne	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Herzgeräusche			<input type="checkbox"/> sonstiges	
		Herzaktion	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Extrasystolen	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen		<input type="checkbox"/> sonstiges	

Messergebnisse

Jede Spalte muss beantwortet sein. Leerstellen bitte evtl. mit Nullen auffüllen.

Größe (in cm)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Herzfrequenz/min.	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Lungenfunktion (BTPS) Vitalkapazität (VC) Soll nach EGKS (in Litern)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Bei nachgehenden Untersuchungen nach G 1.2 sind nur die kleingedruckten Mindest-Normwerte der EGKS-Tabelle von 1973 zugrunde zu legen	
Gewicht (in kg) halbbeleidet	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Blutdruck mm Hg. sitzend, rechter Arm		Vitalkapazität (in Litern)	1. Messung	2. Messung	3. Messung
		systolisch	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
		diastolisch	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Atemstoßwerte/Sek. (FEV1) Messwerte (in Liter/m/Sek.)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
		Prozentverhältnis FEV1 MAX / VC MAX (in %)			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px; height: 20px; text-align: center; font-size: 1.2em;" type="text"/>		
Beurteilung der Ventilation		<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> obstruktiv	<input type="checkbox"/> restriktiv			

2618756301

*) Bitte nur in arabischen Zahlen, evtl. mit Nullen aufgefüllt angeben

Satz IV

Datum der Untersuchung

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

_____._____._____
 Tag Monat Jahr

THORAX-RÖNTGENBEFUND nach der ILO Klassifikation 2000 / Bundesrepublik Deutschland

Bildgüte		<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> seitl. Aufnahme vorhanden
Lunge	Kleine Schatten Streuung Rundliche Form	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	Felder	
	Größe p q r	<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 3/3	<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> LO
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> LM
						<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> LU
	Unregelmäßige Form	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> LO
	Größe s t u	<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 3/3	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> LM
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+	<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> LU
	Gemischte Formen	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> LO
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 3/3	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> LM
		<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+	<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> LU
	Große Schatten	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> LO
						<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> LM
						<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> LU
Pleura	Adhärenz des kostophrenischen Winkels	<input type="checkbox"/> o.B.	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	▶▶▶ Befund Pleura nicht vollständig, da abgeschnitten <input type="checkbox"/>			
	Pleuraverdickung diffus seitliche Brustwand	<input type="checkbox"/> o.B.	Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht R <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> RO <input type="checkbox"/> LO <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> RU <input type="checkbox"/> LU		
			<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	Pleuraverdickung umschrieben (Plaques)	<input type="checkbox"/> o.B.	Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht R <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Lokalisation Zwerchfell R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Brustwand <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
			<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
	Pleuraverkalkung	<input type="checkbox"/> o.B.	Zwerchfell R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Brustwand R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Sonstige R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>		

- Symbole**
- keine fr
 - aa hi
 - at ho
 - ax id
 - bu ih
 - ca kl
 - cg me
 - cn od
 - co pa
 - cp pb
 - cv pi
 - di px
 - ef ra
 - em rp
 - es tb

BK-BEURTEILUNG *)

Keine Hinweise auf anzeigespflichtige Veränderungen

Anzeigepflicht): Begründeter Verdacht**

- Silikose (BK-Nr. 4101)
- Asbestose (BK-Nr. 4103)
- Asbestverursachter Kehlkopfkrebs (BK-Nr. 4104)
- Siliko-Tuberkulose (BK-Nr. 4102)
- Asbestverursachte Pleuraerkrankung (BK-Nr. 4103)
- Asbestverursachtes Mesotheliom des Rippenfells, Bauchfells oder Pericards (BK-Nr. 4105)
- Lungenkrebs bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (BK-Nr. 4112)
- Asbestverursachter Lungenkrebs (BK-Nr. 4104)
- Erkrankungen durch ionisierende Strahlen (BK-Nr. 2402)
- Sonstiges: _____

Begründung BK / Ergänzende Befunde*) / Vorschläge und/oder veranlasste Massnahmen (Bitte in Druckbuchstaben)**

Stempel und Unterschrift des Arztes

*) Bitte zutreffendes ankreuzen
 **) Bitte BK-Anzeige erstellen und an den zuständigen UV-Träger senden sowie den Versicherten unterrichten
 ***) In begründeten Fällen