

FÜR DEN UNTERNEHMER/DIE UNTERNEHMERIN

Angaben zur Person der / des Versicherten

Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers

Tag Monat Jahr

--	--	--

Geburtsdatum

Eignungsbeurteilung bei Tätigkeiten in Überdruck

Arbeiten in Druckluft

Taucherarbeiten

DGUV Empfehlung "Überdruck"

Familienname

Vorname

Geburtsname

Geschlecht

Straße

Staatsangeh.

Postleitzahl und Ort

Anschrift des Unternehmens

Betriebs-Nr. der Agentur für Arbeit

Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger

Nr. des Unfallversicherungsträgers

Name

Straße

Postleitzahl und Ort

Art der Tätigkeit:

Frühere Tätigkeiten in Überdruck (mit Zeitangaben):

Eignung gegeben *)

Eignungsbeurteilung am:

--	--	--

Tag Monat Jahr

Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben *)

Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben, verkürzte Fristen *)

Nächste Beurteilung:

--	--

Monat Jahr

Eignung nicht gegeben

Erstbeurteilung

Anlassbezogene erneute Beurteilung

Besonders nach Druckfallerkrankung einer Erkrankung von länger als 6 Wochen oder mehrmaliger Erkrankung innerhalb von 6 Monaten ist durch Vorstellung beim beauftragten Arzt zu entscheiden, ob ein Einsatz in Überdruck weiter zulässig oder ob vorzeitige Nachuntersuchung erforderlich ist.

*) Hier ggf. Empfehlungen für Schutzmaßnahmen, verkürzte Fristen, etc. eintragen.

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Sie sind berechtigt, eine Entscheidung Ihres Unfallversicherungsträgers oder der zuständigen Behörde herbeizuführen, wenn Sie die Bescheinigung für unzutreffend halten.

FÜR DIE VERSICHERTE PERSON

Angaben zur Person der / des Versicherten

Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers

Tag Monat Jahr

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

Geburtsdatum

Eignungsbeurteilung bei Tätigkeiten in Überdruck

- Arbeiten in Druckluft
 Taucherarbeiten

DGUV Empfehlung "Überdruck"

Familienname

Vorname

Geburtsname

Geschlecht

Straße

Staatsangeh.

Postleitzahl und Ort

Anschrift des Unternehmens

Betriebs-Nr. der Agentur für Arbeit

Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger

Nr. des Unfallversicherungsträgers

Name

Straße

Postleitzahl und Ort

Art der Tätigkeit:

Frühere Tätigkeiten in Überdruck (mit Zeitangaben):

Eignung gegeben *)

Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben *)

Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben, verkürzte Fristen *)

Eignung nicht gegeben

Eignungsbeurteilung am:

Tag Monat Jahr

Nächste Beurteilung:

Monat Jahr

Erstbeurteilung

Anlassbezogene erneute Beurteilung

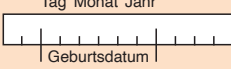
Besonders nach Druckfallerkrankung einer Erkrankung von länger als 6 Wochen oder mehrmaliger Erkrankung innerhalb von 6 Monaten ist durch Vorstellung beim beauftragten Arzt zu entscheiden, ob ein Einsatz in Überdruck weiter zulässig oder ob vorzeitige Nachuntersuchung erforderlich ist.

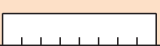
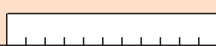

*) Hier ggf. Empfehlungen für Schutzmaßnahmen, verkürzte Fristen, etc. eintragen.

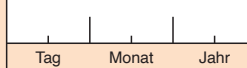
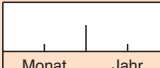
Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Sie sind berechtigt, eine Entscheidung Ihres Unfallversicherungsträgers oder der zuständigen Behörde herbeizuführen, wenn Sie die Bescheinigung für unzutreffend halten.

FÜR DEN ARZT/DIE ÄRZTIN

Angaben zur Person der / des Versicherten	Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers Tag Monat Jahr 	Eignungsbeurteilung bei Tätigkeiten in Überdruck <input type="checkbox"/> Arbeiten in Druckluft <input type="checkbox"/> Taucherarbeiten		DGUV Empfehlung "Überdruck"
	Familienname	Vorname		
	Geburtsname	Geschlecht		
	Straße	Staatsangeh.		
	Postleitzahl und Ort			

Anschrift des Unternehmens	Betriebs-Nr. der Agentur für Arbeit Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger  	Nr. des Unfallversicherungsträgers 
	Name	
	Straße	
	Postleitzahl und Ort	






Sie sind berechtigt, eine Entscheidung Ihres Unfallversicherungsträgers oder der zuständigen Behörde herbeizuführen, wenn Sie die Bescheinigung für unzutreffend halten.	Art der Tätigkeit:	Eignung gegeben *) <input type="checkbox"/>	Eignungsbeurteilung am: 
	Frühere Tätigkeiten in Überdruck (mit Zeitangaben):	Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben *) <input type="checkbox"/>	
	Erstbeurteilung <input type="checkbox"/> Anlassbezogene erneute Beurteilung <input type="checkbox"/>	Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben, verkürzte Fristen *) <input type="checkbox"/>	Nächste Beurteilung: 
	Besonders nach Druckfallerkrankung einer Erkrankung von länger als 6 Wochen oder mehrmaliger Erkrankung innerhalb von 6 Monaten ist durch Vorstellung beim beauftragten Arzt zu entscheiden, ob ein Einsatz in Überdruck weiter zulässig oder ob vorzeitige Nachuntersuchung erforderlich ist.	Eignung nicht gegeben <input type="checkbox"/>	
	*) Hier ggf. Empfehlungen für Schutzmaßnahmen, verkürzte Fristen, etc. eintragen.		

Arbeitsanamnese (Zwischenfälle, Erkrankungen):

Letzte Röntgenuntersuchung: Datum: _____ Arzt/Ärztin: _____
Ergebnis: _____

Familienanamnese

ANAMNESE (Wenn keine Angaben, Leerkästchen ausnullen; bei Platzmangel bitte Rückseite benutzen.)		BEFUND (Wenn kein Befund, Leerkästchen ausnullen; bei Platzmangel bitte Rückseite benutzen.)	
01	Lungen	21	Allgemeinzustand
02	Herz	22	Kopf / NAP
03	Magen	23	Visus / Pupillen / Nystagmus
04	Leber	24	Trommelfelle / Gehör
05	Niere	25	Nase / Tuben
06	Endokrin / Blut	26	Mundhöhle / Gebiß
07	Rheuma	27	Hals
08	Wirbelsäule	28	Thorax
09	Gelenke	29	Herz (EKG s. u.)
10	Nerven, Gemüt	30	Lunge (Röntgen s. u.)
11	HNO	31	Leib
12	Augen	32	Leber / Milz
13	Haut / Venen / Allergien	33	Hernien
14	Operationen	34	Wirbelsäule
15	Unfälle	35	Extremitäten / Gelenke
16	Kliniken / Kuren	36	Haut / Varizen
17	Nikotin	37	Nervensystem / Reflexe
18	Alkohol	38	Psyche / Intelligenz
19	Sportler / Taucher	39	Labor (s. u.)
20	jetzige Beschwerden	40	Kreislauf (s. u.)
		41	EKG
		42	Röntgen – Thorax
		43	Sonstiges

Kreislauf	RR	Puls (Ruhe):	Größe		cm	Gewicht		kg
Dauer u. Art der Belastung:			Vitalkap.		ml	Atemstoß		%
sofort	RR	Puls	Blut:	BSG		Hb		g / dl
nach	min RR	Puls	Urin	E	Z	Ubg	Ery	
nach	min RR	Puls						

Bemerkungen: