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	

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

Art der Tätigkeit:

Frühere Tätigkeiten in Überdruck (mit Zeitangaben):

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.

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

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

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin