

# FÜR DEN ARZT/DIE ÄRZTIN

Angaben zur Person der / des Versicherten	Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers	<div style="text-align: center;">Tag Monat Jahr</div> <table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>				<b>Eignungsbeurteilung bei Tätigkeiten in Überdruck</b> <input type="checkbox"/> Arbeiten in Druckluft <input type="checkbox"/> Taucherarbeiten	<b>DGUV Empfehlung "Überdruck"</b>
	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): _____ _____ _____ Erstbeurteilung <input type="checkbox"/> Anlassbezogene erneute Beurteilung <input type="checkbox"/>	Eignung gegeben *) <input type="checkbox"/> Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben *) <input type="checkbox"/> Eignung nach Durchführung bestimmter Maßnahmen gegeben, verkürzte Fristen *) <input type="checkbox"/> Eignung nicht gegeben <input type="checkbox"/>	Eignungsbeurteilung am: <table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table> Nächste Beurteilung: <table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>						
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								

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
nach min	RR	Puls	Ery			

Bemerkungen:

Bestell-Nr. A 4 (05/2022) © Kepnerdruck Druckerei + Verlag GmbH, Postfach 10 02 62, 75021 Eppingen Nachdruck verboten!