

# Dokumentationsbogen Lärm I (DGUV Empfehlung "Lärm")

## Angaben zur Person der/des Versicherten

Versicherungs-Nr. des Rentenvers.-Trägers:

Tag	Monat	Jahr

Geburtsdatum

Familienname		Vorname	
Geburtsname		Staatsangehörigkeit	
Straße			
Postleitzahl und Ort			

Anschrift des Unternehmens		Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger	Nr. des Unfallversicherungsträgers
Name			
Straße			
Postleitzahl und Ort			

<input type="checkbox"/> Pflichtvorsorge	<input type="checkbox"/> Erste	<input type="checkbox"/> Weitere
<input type="checkbox"/> Angebotsvorsorge	<input type="checkbox"/> Erste	<input type="checkbox"/> Weitere
<input type="checkbox"/> Wunschvorsorge		

Angaben zum Arbeitsplatz	
Arbeitsbereich:	
Art der Tätigkeit:	
Aufenthalt im Lärm:	<input type="checkbox"/> Überwiegend <input type="checkbox"/> Gelegentlich <input type="checkbox"/> In wechselnden Bereichen
Tages-Lärmexpositionspegel:	<input type="checkbox"/> >80 – 84 dB (A) <input type="checkbox"/> 85 – 89 dB (A) <input type="checkbox"/> 90 – 94 dB (A) <input type="checkbox"/> 95 – 100 dB (A) <input type="checkbox"/> >100 dB (A)
Spitzenschalldruckpegel:	<input type="text"/> d(B) (C)
Lärm ist:	<input type="checkbox"/> Mittel- bis Hochfrequent <input type="checkbox"/> Deutlich tieffrequent
Gleichzeitige Exposition durch:	<input type="checkbox"/> ototoxische Substanzen <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ganzkörpervibrationen <input type="checkbox"/> Hand-Arm-Vibrationen
Bereitgestellter und verwendeter Gehörschützer (Typ/Fabrikat):	<input type="checkbox"/> Gehörschutzstöpsel <input type="checkbox"/> Kapselgehörschützer <input type="checkbox"/> Otoplastiken <input type="checkbox"/> Weitere <input type="checkbox"/> Keine Angabe

<b>Anamnese</b>	
1. Dauer der Lärmpause vor dem Hörtest mindestens 14 Stunden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Bei "Nein" Tonaudiogramm nicht sinnvoll, ggf. neuen Termin innerhalb von 4 Wochen vereinbaren)
2. Wieviele Jahre haben Sie insgesamt in starkem Lärm (Lärmbereichen) gearbeitet?	<input type="text"/> Jahre
3. Wurden Sie am Ohr operiert?	<input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, im Jahre <input type="text"/>
4. Hatten Sie Hörstörungen in Verbindung mit Schwindelanfällen und Ohrensausen?	<input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zuletzt im Jahre <input type="text"/>
5. Haben Sie Ohrgeräusche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
6. Leiden Sie gelegentlich an Entzündungen im Gehörgang oder in der Ohrmuschel?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zuletzt vor <input type="text"/> Monaten
7. Hatten sie einen Hörsturz?	<input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, im Jahre <input type="text"/>

<b>Beratung</b>	
Der Gehörschützer lag vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Der bereitgestellte Gehörschützer soll weiter benutzt werden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Festgestellte Mängel: Verwendung folgender Gehörschützer: (Typ/Fabrikat):	<input type="text"/>
Weitere Beratungsinhalte	<input type="text"/>

<b>Befund</b>	<b>RECHTS</b>	<b>LINKS</b>
Besichtigung der Ohrmuschel und des Ohreingangs	<input type="checkbox"/> Unauffällig	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Auffällig	<input type="checkbox"/>