

Dokumentationsbogen Lärm II Ergänzungsuntersuchung (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 Unternehmens 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: Überwiegend Gelegentlich In wechselnden Bereichen

Tages-Lärmexpositionspegel: >80 – 84 dB (A) 85 – 89 dB (A) 90 – 94 dB (A) 95 – 100 dB (A) >100 dB (A)

Spitzenschalldruckpegel: ≈ _____ dB (C)

Lärm ist: Mittel- bis Hochfrequent Deutlich tieffrequent

Gleichzeitige Exposition durch: ototoxische Substanzen _____

Ganzkörpervibrationen Hand-Arm-Vibrationen

Bereitgestellter und verwendeter Gehörschützer (Typ/Fabrikat): Gehörschutzstöpsel Kapselgehörschützer Otoplastiken Weitere Keine Angabe

Anamnese

1. Dauer der Lärmpause vor dem Hörtest mindestens 14 Stunden? Ja Nein
(Bei "Nein" Tonaudiogramm nicht sinnvoll, ggf. neuen Termin innerhalb von 4 Wochen vereinbaren)

2. Bisherige Lärmexpositionszeit: beruflich _____ Jahre sonstige _____ Jahre durch _____

3. Ohroperation: Nein Ja, im Jahre _____ Art: _____

4. Menièreverdacht: Nein Ja

5. Rezidivierende Entzündungen am Außenohr: Nein Ja, Art _____

6. Hörsturz: Nein Ja, im Jahre _____

7. Ohrgeräusche: Nein Ja, seit dem Jahre _____

8. Subjektive Hörminderung: Nein Ja, seit dem Jahre _____

9. Kausale Genese und Entwicklung der Hörstörung, aufgetreten nach:

<input type="checkbox"/> Knall oder Explosion	<input type="checkbox"/> Schießlärm	<input type="checkbox"/> Schädeltrauma
<input type="checkbox"/> Ohroperation	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheit	Sonstiges: _____

Beratung

Der Gehörschützer lag vor Ja Nein

Der bereitgestellte Gehörschützer soll weiter benutzt werden Ja Nein

Festgestellte Mängel: _____

Verwendung folgender Gehörschützer: (Typ/Fabrikat): _____

Weitere Beratungsinhalte _____

Otoskopie

RECHTS	Äußerer Gehörgang	LINKS	RECHTS	Trommelfell	LINKS
<input type="checkbox"/>	Unauffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unauffällig	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sehr eng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zentral defekt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Feucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Randständig defekt	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Zustand nach Operation	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Nicht zu beurteilen	<input type="checkbox"/>


