

Angaben zur Person der/des Versicherten

Versicherungs-Nr. des Rentenvers.-Trägers:

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

Tag	Monat	Jahr
Geburtsdatum		

**Arbeitsmedizinische
Vorsorge bei
Tätigkeiten mit Hartholzstaub****DGUV Empfehlung
"Hartholzstaub"**

Familienname

Vorname

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Straße/Haus-Nr.

Postleitzahl und Ort

**Anschrift des
Unternehmens**Mitglieds-Nr. des Betriebes
beim UnfallversicherungsträgerNr. des Unfall-
versicherungsträgers

Name

Straße

Postleitzahl und Ort

Angaben zur Vorsorge am

--	--	--	--	--

Tag Monat Jahr

 Pflichtvorsorge Angebotsvorsorge Erste Weitere Nachgehende Vorsorge Wunschvorsorge

Nächste Vorsorge

--	--	--

Monat Jahr

1. Anamnese1.1 Operationen oder Erkrankungen im Nebenhöhlenbereich
einschl. Verletzung der Nase und der Nebenhöhlennein ja

1.2 behinderte Nasenatmung

nein ja

Nasenbluten

nein ja

Rhinorrhoe: eitrig

nein ja

schleimig

nein ja

Geruchsstörung

nein ja

1.3 Augensymptome (Exophtalmus, Doppelbilder, Augentränen etc.)

nein ja

1.4 chronische Atemwegserkrankungen (z.B. COPD, Asthma)

nein ja

1.5 allergische Atemwegserkrankungen (z. B. Pollenatopie)

nein ja 1.6 Einnahme von Medikamenten, die zu
Nasenschleimhautschwellungen führen könnennein ja **2. Befund**

2.1 Untersucht mit:

Spekulum

Endoskop:

starr flexibel