

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	Unternehmensnummer UNR.S	
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:	<input type="checkbox"/> Überwiegend	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> In wechselnden Bereichen
Aufenthalt im Lärm:			
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"/> dB (C)		
Lärm ist:	<input type="checkbox"/> Mittel- bis Hochfrequent	<input type="checkbox"/> Deutlich tieffrequent	
Gleichzeitige Exposition durch:	<input type="checkbox"/> ototoxische Substanzen		
	<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

Anamnese			
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. Bisherige Lärmexpositionszeit: beruflich	<input type="text"/> Jahre	sonstige <input type="text"/> Jahre	durch <input type="text"/>
3. Ohroperation:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, im Jahre <input type="text"/>	Art: <input type="text"/>
4. Menièreverdacht:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
5. Rezidivierende Entzündungen am Außenohr:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Art <input type="text"/>	
6. Hörsturz:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, im Jahre <input type="text"/>	
7. Ohrgeräusche:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit dem Jahre <input type="text"/>	
8. Subjektive Hörminderung:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, seit dem Jahre <input type="text"/>	
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: <input type="text"/>

Beratung			
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"/>		

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"/>

**Auswertung
Nachuntersuchung:**

Auffällig?

 Ja

dB

Zunahme der Hörverlust-Summe innerhalb 3 Jahren um mehr als 30 dB?

Auffällig?

 Ja

dB

 Ja

dB

Differenz Vorbefund zu Neubefund

Differenz Vorbefund zu Neubefund

Letzten Vorbefund bitte rechts und links eintragen

 Ja

dB

dB

 Ja

 Ja

dB

dB Bezugsgrenzwert nach Tab. 2 eintragen

dB

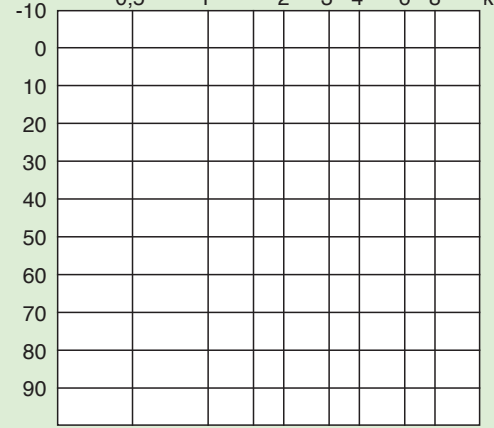
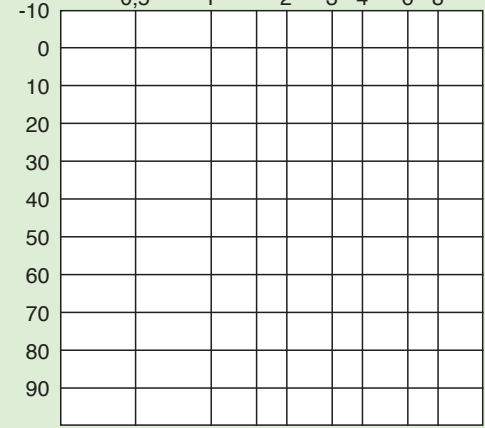
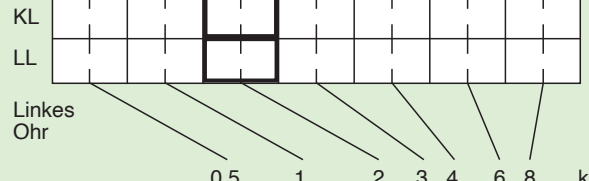
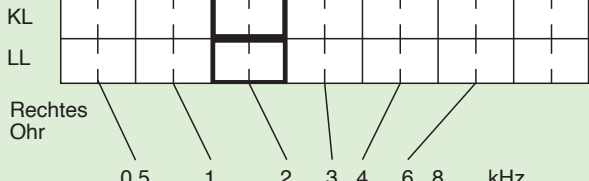
 Ja

Hörverlust-Summen 2, 3 und 4 kHz berechnen und mit Bezugsgrenzwert vergleichen

Hörverlust bei 2 kHz auf **beiden** Ohren erreicht oder überschreitet 25 dB (Frauen) bzw. 30 dB (Männer)?

 Ja, dann Lärm III

Audiogrammformular nach DIN 45627



- mit Pulstönen
 - mit Dauertönen (Ausnahme)
 - Proband zeigt unsicher an
 - Test durch Störgeräusch beeinträchtigt
- WEBER bei 500 Hz
re. med. li.
-

Auswertung Erst- bzw. Nachuntersuchung	Messwerte eintragen						
	Bezugsgrenzwerte nach Tab. 1 eintragen						
	Überschreitungen ankreuzen!						

Dämmwirkung des Gehörschutzes ausreichend? Ja Nein

Bemerkungen:

Beurteilung: Letzter Vorbefund vom:

Untersuchung nach Lärm III erforderlich: Nein Ja, Befund liegt vor (siehe Anlage)

1. Keine Erkenntnisse, die Maßnahmen erfordern:
Nächste Untersuchung in Monaten als Lärm I Lärm II

2. Erkenntnisse, bei denen Maßnahmen empfohlen werden:

2.1 Folgende Gehörschützer benutzen (b. w.)

2.2 Besondere Kontrolle der Gehörschützer-Benutzung

2.3 Weitere Auflagen:

3. Erkenntnisse, bei denen verkürzte Fristen und ggf. Maßnahmen empfohlen werden
Nächste Untersuchung in Monaten als Lärm I Lärm II

4. Erkenntnisse, bei denen ein Tätigkeitswechsel zu erwägen ist

- Gründe:
1. Deutliche Hörverschlechterung
 2. Hörverlust zu hoch
 3. Sprachaudiogramm auffällig
 4. Menière
 5. Hörsturz
 6. Schädeltrauma
 7. Zustand nach Operation
 8. Außenohrenerkrankung z. B. Ekzem

Tag der Hörprüfung:

Untersuchende Stelle: Unterschrift/Stempel des Arztes/der Ärztin: