

**Angaben zur Person der/des Versicherten**  
Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers:

Tag			Monat			Jahr			Geburtsdatum		

**Dokumentationsbogen Lärm III**  
**Erweiterte Ergänzungsuntersuchung im Rahmen der Nachuntersuchung**  
**(DGUV Empfehlung "Lärm")**

Familienname	Vorname
Geburtsname	Staatsangehörigkeit
Straße	
Postleitzahl und Ort	

Unterschrift/Stempel  
des Arztes/der Ärztin<sup>1)</sup>:  
Datum:

Unterschrift/Stempel  
des Arztes/der Ärztin  
(sofern nicht mit<sup>1)</sup> identisch):

Untersuchungsauftrag für  
LÄRM III erteilt am:

Impedanzmessungen am Trommelfell veranlasst, sofern  
HNO-ärztlich dagegen keine Bedenken bestehen.

ja  nein

Indikation:

- allgemein unklarer audiometrischer Befund,
- objektiver Ausschluss einer Schalleitungsstörung,
- Differenzierung zwischen Hörsinneszellen- und Hörnervenschaden.

Untersuchung durch den  
hinzugezogenen Arzt/die  
hinzugezogene Ärztin  
abgeschlossen am:

Lärm III oder Kopie mit  
Anlagen an <sup>1)</sup> abgesandt am:

**1 Befund (Zusammenfassung)**

**RECHTS**

**LINKS**

1. Eine Schalleitungsstörung (eine Differenz des Luft-/Knochenleitungs-  
hörverlustes von mindestens 15 dB bei mehr als einer Frequenz) wird  
auf Grund der Tonaudiometrie und ggf. auf Grund der Impedanzmes-  
sungen am Trommelfell

Ausgeschlossen

Bestätigt

2. Eine cochleäre Schallempfindungsstörung ist

Unwahrscheinlich

Wahrscheinlich

3. Den Hörverlust für Zahlen hat das Tonaudiogramm insbesondere  
bei den Frequenzen 500 Hz, 1000 Hz und 2000 Hz

Bestätigt

Nicht bestätigt

4. Die Verständlichkeitskurve für Einsilber liegt im auffälligen,  
schraffierten Bereich

Nein

Zum Teil

Vollständig

Die Einsilberverständlichkeit war nicht zu ermitteln, da der  
Untersuchte die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrscht.  
Auf Grund der Untersuchung, insbesondere das Tonaudiogramms  
und des Hörverlustes für Zahlen, ist ein auffälliger  
Einsilbertest anzunehmen.

Nein

Ja

5. Bei weiterer Lärmexposition ist auch beim Tragen von Gehör-  
schützern eine lärmbedingte Zunahme des Hörverlustes  
Wahrscheinlich, weil:

Unwahrscheinlich

6. Diagnose

7. Erstattung einer BK-Anzeige:

 Nein

Wenn:  Ja, Datum der Anzeige:

Name des anzeigenden Arztes/der anzeigenden Ärztin: