

### 1 Name und Anschrift des Unternehmens

## ANZEIGE der Unternehmerin/des Unternehmers bei Anhaltspunkten für eine **BERUFSKRANKHEIT**

**3 Empfänger/-in**

## 2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

**4 Name, Vorname der versicherten Person**

Tag

Monat

Jahr

6 Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

7 Geschlecht

☐ Divers

☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ keine Angabe

## 8 Staatsangehörigkeit

**9 Leiharbeiter/-in**

☐ Ja      ☐ Nein

**10 Auszubildende/-r**

☐ Ja ☐ Nein

**11 Die versicherte Person ist**

☐ Unternehmer/-in☐ mit der Unternehmerin/dem Unternehmer:☐ **Gesellschafter/-in**☐ verheiratet

Geschäftsführer/-in

☐ in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend☐ verwandt

## 12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung

besteht für 

--	--

 Wochen

13 Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)

14 Welche Krankheitserscheinungen liegen vor, die Anhaltspunkte für die Anzeige bilden? Welche Beschwerden äußert die versicherte Person? Auf welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe führt die versicherte Person die Beschwerden zurück?

15 Welche gefährdenden Tätigkeiten hat die versicherte Person ausgeübt? Welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffen war die versicherte Person bei der Arbeit ausgesetzt?

**16** Wurde arbeitsmedizinische Vorsorge durchgeführt? Wenn ja, durch wen und wann?

17 Wurden die unter Nummer 15 genannten Gefährdungsfaktoren am Arbeitsplatz der versicherten Person überprüft (z.B. Gefährdungsbeurteilung, Messungen)? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

18 Datum

Unternehmer/-in (Bevollmächtigte/-r)

**Betriebsrat (Personalrat)**

Telefon-Nr. für Rückfragen