NUR FÜR DEN ARZT

Untersuchungsbogen „Überdruck“ (Grundsatz G 31)

– Ärztliche Bescheinigung –

Arbeit in Druckluft ☐ Taucherarbeiten ☐

Angaben zur Person der / des Versicherten

Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers

Geburtsdatum (Tag Monat Jahr)

Familienname		Vorname	
Geburtsname		Geschlecht	
Straße		Staatsangeh.	
Postleitzahl und Ort			

Anschrift des Arbeitgebers

Betriebs-Nr. der Agentur für Arbeit

Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger

Nr. des Unfallversicherungsträgers

Name

Straße

Postleitzahl und Ort

Sie sind berechtigt, eine Entscheidung Ihres Unfallversicherungsträgers oder der zuständigen Behörde herbeizuführen, wenn Sie die Bescheinigung für unzutreffend halten.

Art der Tätigkeit:

Frühere Tätigkeiten in Überdruck (mit Zeitangaben):

Erstuntersuchung ☐ Nachuntersuchung ☐ vorz. Nachuntersuchung ☐

Besonders nach Druckfallerkrankung einer Erkrankung von länger als 6 Wochen oder mehrmaliger Erkrankung innerhalb von 6 Monaten ist durch Vorstellung beim beauftragten Arzt zu entscheiden, ob ein Einsatz in Überdruck weiter zulässig oder ob vorzeitige Nachuntersuchung erforderlich ist.

keine gesundheitlichen Bedenken *) ☐

keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen *) ☐

gesundheitliche Bedenken *) ☐

dauernd

befristet bis

Vorsorgeuntersuchung am: (Tag Monat Jahr)

Nächste Untersuchung: (Monat Jahr)

*) Bemerkungen: (bitte hier Empfehlungen bei Bedenken, Auflagen, Bedingungen, Gründe für die vorzeitige Nachuntersuchung bzw. für befristete Bedenken eintragen. Empfehlungen an den Versicherten hinsichtlich medizinischer Maßnahmen können hier nur aufgeführt werden, wenn die ärztl. Schweigepflicht dem nicht entgegensteht, sonst nur auf der Durchschrift für den Versicherten – Blatt 2.)

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

Arbeitsanamnese (Zwischenfälle, Erkrankungen):

Letzte Röntgenuntersuchung: Datum: Arzt:

Ergebnis:

Familienanamnese

ANAMNESE (Wenn keine Angaben, Leerkästchen ausnullen; bei Platzmangel bitte Rückseite benutzen.)			BEFUND (Wenn kein Befund, Leerkästchen ausnullen; bei Platzmangel bitte Rückseite benutzen.)		
01	☐	Lungen	21	☐	Allgemeinzustand
02	☐	Herz	22	☐	Kopf / NAP
03	☐	Magen	23	☐	Visus / Pupillen / Nystagmus
04	☐	Leber	24	☐	Trommelfelle / Gehör
05	☐	Niere	25	☐	Nase / Tuben
06	☐	Endokrin / Blut	26	☐	Mundhöhle / Gebiß
07	☐	Rheuma	27	☐	Hals
08	☐	Wirbelsäule	28	☐	Thorax
09	☐	Gelenke	29	☐	Herz (EKG s. u.)
10	☐	Nerven, Gemüt	30	☐	Lunge (Röntgen s. u.)
11	☐	HNO	31	☐	Leib
12	☐	Augen	32	☐	Leber / Milz
13	☐	Haut / Venen / Allergien	33	☐	Hernien
14	☐	Operationen	34	☐	Wirbelsäule
15	☐	Unfälle	35	☐	Extremitäten / Gelenke
16	☐	Kliniken / Kuren	36	☐	Haut / Varizen
17	☐	Nikotin	37	☐	Nervensystem / Reflexe
18	☐	Alkohol	38	☐	Psyche / Intelligenz
19	☐	Sportler / Taucher	39	☐	Labor (s. u.)
20	☐	jetzige Beschwerden	40	☐	Kreislauf (s. u.)
			41	☐	EKG
			42	☐	Röntgen – Thorax
			43	☐	Sonstiges

Kreislauf	RR	Puls (Ruhe):	Größe	cm	Gewicht kg
Dauer u. Art der Belastung:			Vitalkap.	ml	Atemstoß %
sofort	RR	Puls	Blut: BSG		Hb g / dl
nach min	RR	Puls			
nach min	RR	Puls	Urin	E Z	Ubg Ery
nach min	RR	Puls			

Bemerkungen (z. B. Begründung der ärztlichen Bedenken):

Bestell-Nr. A 4 (08/11) Kepnerdruck Druckerei + Verlag GmbH, Postfach 10 02 62, 75021 Eppingen Nachdruck verboten!