

Angaben zur Person der/des Versicherten

Versicherungs-Nr. des Rentenvers.-Trägers:

Tag			Monat			Jahr			
Geburtsdatum									

Dokumentationsbogen

LÄRM II

**Ergänzungs-
untersuchung**

Familienname		Vorname	
Geburtsname		Staatsangehörigkeit	
Straße			
Postleitzahl und Ort			

Anschrift des Arbeitgebers		Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger		Nr. des Unfallversicherungsträgers	
Name					
Straße					
Postleitzahl und Ort					

<input type="checkbox"/> Pflichtvorsorge	<input type="checkbox"/> Angebotsvorsorge	<input type="checkbox"/> Erste	<input type="checkbox"/> Weitere
<input type="checkbox"/> Wunschvorsorge			
<input type="checkbox"/> Eignungsuntersuchung		<input type="checkbox"/> Erste	<input type="checkbox"/> Weitere
<input type="checkbox"/> Sonstige Untersuchungen			

Angaben zum Arbeitsplatz

Arbeitsbereich: _____

Art der Tätigkeit: _____

Aufenthalt im Lärm: Überwiegend Gelegentlich In wechselnden Bereichen

Tages-Lärmexpositionspegel: >80 – 84 dB (A) 85 – 89 dB (A) 90 – 94 dB (A) 95 – 100 dB (A) >100 dB (A)

Spitzenschalldruckpegel: ≈ _____ dB (C)

Lärm ist: Mittel- bis Hochfrequent Deutlich tieffrequent

Gleichzeitige Exposition durch: ototoxische Substanzen _____

Ganzkörpervibrationen Hand-Arm-Vibrationen

Bereitgestellter und verwendeter Gehörschützer (Typ/Fabrikat): _____

Gehörschutzstöpsel Kapselgehörschützer Keine Angabe

Anamnese

1. Dauer der Lärmpause vor dem Hörtest: _____ Stunden oder _____ Minuten

2. Bisherige Lärmexpositionszeit: beruflich _____ Jahre sonstige _____ Jahre durch _____

3. Ohroperation: Nein Ja, im Jahre _____ Art: _____

4. Menièreverdacht: Nein Ja

5. Rezidivierende Entzündungen am Außenohr: Nein Ja, Art _____

6. Hörsturz: Nein Ja, im Jahre _____

7. Ohrgeräusche: Nein Ja, seit dem Jahre _____

8. Subjektive Hörminderung: Nein Ja, seit dem Jahre _____

9. Kausale Genese und Entwicklung der Hörstörung, aufgetreten nach:

Knall oder Explosion Schießlärm Schädeltrauma

Ohroperation Infektionskrankheit

Sonstiges: _____

Beratung

Der Gehörschützer lag vor Ja Nein

Der bereitgestellte Gehörschützer soll weiter benutzt werden Ja Nein

Festgestellte Mängel: _____

Verwendung folgender Gehörschützer: (Typ/Fabrikat): _____

Weitere Beratungsinhalte _____

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"/>


