

Ihr Zeichen:  
Ihre Nachricht vom:  
Unser Zeichen:  
Ihre Ansprechperson:  
Telefon:  
Fax:  
E-Mail:

Datum:

**Hautarztbericht – UV-Träger –**  
**– Einleitung Hautarztverfahren**

**1 Angaben zur versicherten Person**

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 1.1 Name, Vorname:  | 1.6 Geburtsdatum: |
| 1.2 Anschrift:  | 1.7 Telefon-Nr.:  |
| 1.3 Staatsangehörigkeit:  | 1.8 Geschlecht:   |
| 1.4 Name und Anschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers (der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule): |                   |
| 1.5 Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds):   |                   |

**2 Angaben zur Erwerbstätigkeit**

- 2.1 Derzeitige Tätigkeit:
- 2.2 Seit wann ausgeübt:
- 2.3 Übt die versicherte Person eine Nebentätigkeit aus?  
 Nein  Ja, welche?

...

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

### 3 Angaben zu arbeitsbedingten Hautbelastungen/Schutzmaßnahmen

3.1 Arbeitsstoffe (nach Möglichkeit konkret benennen):

Bemerkungen (auch zur Verschmutzung oder zu irritativen Hautbelastungen):

3.2 Feuchtarbeit (ohne Okklusionszeiten):

Stunden pro Tag

Bemerkungen:

3.3 Handschuhtragezeiten (nur Okklusionszeiten):

Stunden pro Tag

Bemerkungen:

3.4 Handwaschfrequenz (Häufigkeit pro Schicht):

3.5 Persönliche Schutzmaßnahmen (bisher):

– Handschuhe:  Nein  Ja, welche?

– Hautschutzmittel:  Nein  Ja, welche?

– Hautreinigungsmittel:  Nein  Ja, welche?

– Hautpflegemittel:  Nein  Ja, welche?

Bemerkungen:

3.6 Wurden im Betrieb weitere arbeitsplatz- oder personenbezogene Maßnahmen durchgeführt?

Nein  Ja, welche?

3.7 Bestehen **außerberuflich** nennenswerte Hautbelastungen (Haushalt, Hobbies, Gartenarbeit, Pflege von Angehörigen usw.)?

Nein  Ja, welche?

3.8 Wurde ein Betriebsarzt/eine Betriebsärztin eingeschaltet bzw. informiert?

Nein

Ja

3.9 Wurde die Erkrankung bereits gemeldet?

Nein

Ja, bei UVT:

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
----------------	---------------

**4 Angaben zu Hauterscheinungen**

4.1 Erfolgte wegen der Hauterscheinungen bereits früher eine ärztliche Behandlung durch andere Ärztinnen und Ärzte?

- Nein       Ja, durch wen?  
 Wann?

4.2 In der folgenden Tabelle bitten wir um Angabe der von Ihnen durchgeführten Untersuchungen/Behandlungen:

<b>Tag der Untersuchung</b>	<b>Hautbefund</b> <small>Bitte den Hautbefund <u>an beruflich exponierten Arealen</u> mit Lokalisation und Morphe beschreiben (übriger Hautbefund s. 5.1)!</small>	<b>Diagnose (inkl. ICD 10)</b>	<b>Beurteilung</b> <small>- Während der Arbeit - In arbeitsfreier Zeit - Unter Therapie, z. B. Kortison  (Mehrfachnennungen möglich)</small>	<b>Arbeitsunfähigkeit</b> <small>wegen der Hauterkrankung bescheinigt  Von - Bis</small>	<b>Hauterkrankung vollständig abgeheilt?</b>
			<input type="checkbox"/> Während der Arbeit <input type="checkbox"/> In arbeitsfreier Zeit <input type="checkbox"/> Unter Therapie, z. B. Kortison		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit:
			<input type="checkbox"/> Während der Arbeit <input type="checkbox"/> In arbeitsfreier Zeit <input type="checkbox"/> Unter Therapie, z. B. Kortison		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit:
			<input type="checkbox"/> Während der Arbeit <input type="checkbox"/> In arbeitsfreier Zeit <input type="checkbox"/> Unter Therapie, z. B. Kortison		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit:

...

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

### 5 Übriger Hautbefund/andere Dermatosen/atopische Disposition

5.1 Übriger Hautbefund/andere Dermatosen (z. B. Psoriasis, Rosazea, seborrhoisches Ekzem)

Tag der Untersuchung	Lokalisation und Morphe	Diagnose (ICD-10)

Anamnestisch:

5.2 Atopische Disposition (u. a. Beugeneckzem, vorberufliches Handekzem inklusive Pompholyx, Juckreiz beim Schwitzen oder nach dem Duschen, Ohrrhagaden, Pityriasis alba, Herthogezeichen, weißer Dermographismus; Rhinitis allergica, Asthma bronchiale)

Anamnestisch:  Keine Hinweise Ja, folgende:

Klinisch:  Keine Hinweise Ja, folgende:

### 6 Testungen

- 6.1  sind vorgesehen, voraussichtlich am  
 sind nicht vorgesehen.  
 wurden von mir am durchgeführt am  
(Bitte Testprotokolle mit Angabe des Testkammersystems beifügen.)  
 wurden von  
durchgeführt. (Bitte – wenn vorhanden – Testprotokolle beifügen.)

6.2 Falls Sensibilisierungen nachgewiesen wurden:

	Klinische Relevanz			Berufliche Relevanz
Allergen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Noch nicht beurteilbar	<input type="checkbox"/> Ja
Allergen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Noch nicht beurteilbar	<input type="checkbox"/> Ja
Allergen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Noch nicht beurteilbar	<input type="checkbox"/> Ja

Bemerkungen:

6.3 Es liegt eine Allergie vor, die eine sofortige Meidung des Allergens erfordert. Die Tätigkeit kann auch mit Hilfe angemessener Therapie- und Präventionsmaßnahmen nicht fortgesetzt werden.

Ja, gegen

...

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

## 7 Empfehlungen zur Therapie und Prävention

### 7.1 Therapieempfehlungen

Basispflege/-therapie sowie harnstoff- oder gerbstoffhaltige Externa:  Nein  Ja, welche?

Pharmakologische Therapie:

Topische Therapie  Nein  Ja, Präparate/Wirkstoffe?

Systemische Therapie  Nein  Ja, Präparate/Wirkstoffe?

Physikalische Therapiemaßnahmen:  Nein  Ja, welche?

Sonstige Maßnahmen:  Nein  Ja, welche?

Wiedervorstellung veranlasst  Nein  Ja, am:

Behandlung zu Lasten des UVT  durch mich  durch

### 7.2 Präventionsmaßnahmen – ärztlich eingeleitet –

### 7.3 Präventionsmaßnahmen – Empfehlungen an den UV-Träger

Hautschutzoptimierung erforderlich durch:

Beratung der versicherten Person durch einen Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin des UVT zu folgenden Sachverhalten:

Hautschutztraining/Ambulantes Hautschutzseminar

Stationäre Heilbehandlung

Weitere Maßnahmen (auch im privaten Bereich)

## 8 Merkblatt zu Hautkrankheiten

Wurde ausgehändigt:  Nein  Ja

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
----------------	---------------

**Datenschutz:**

Über den Zweck des Hautarztberichts und dessen Verwendung habe ich informiert.

**Rechnung**

Pauschbetrag		EUR
Porto		EUR
	zusammen	EUR

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Anschrift/Stempel des Arztes/der Ärztin

Sie erhalten eine Gebühr (Nr.130) und Auslagen nach der UV-GOÄ. Darin enthalten ist die Untersuchung nach Nr. 1 bzw. Nr. 6 UV-GOÄ.

**Verteiler**

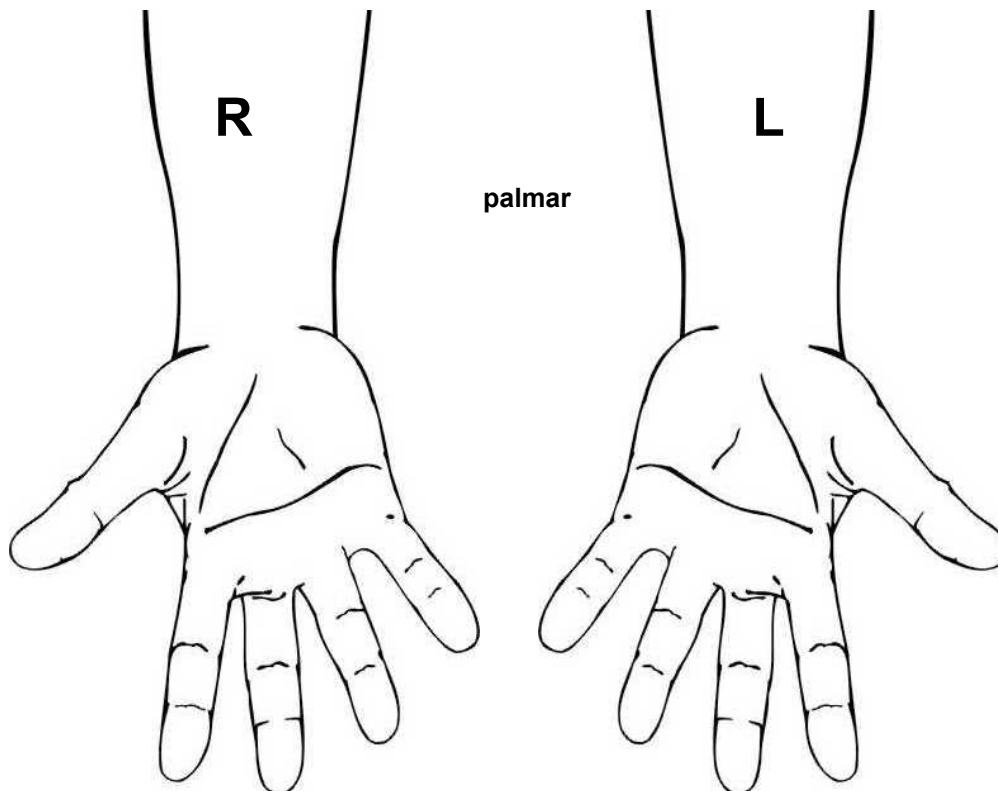
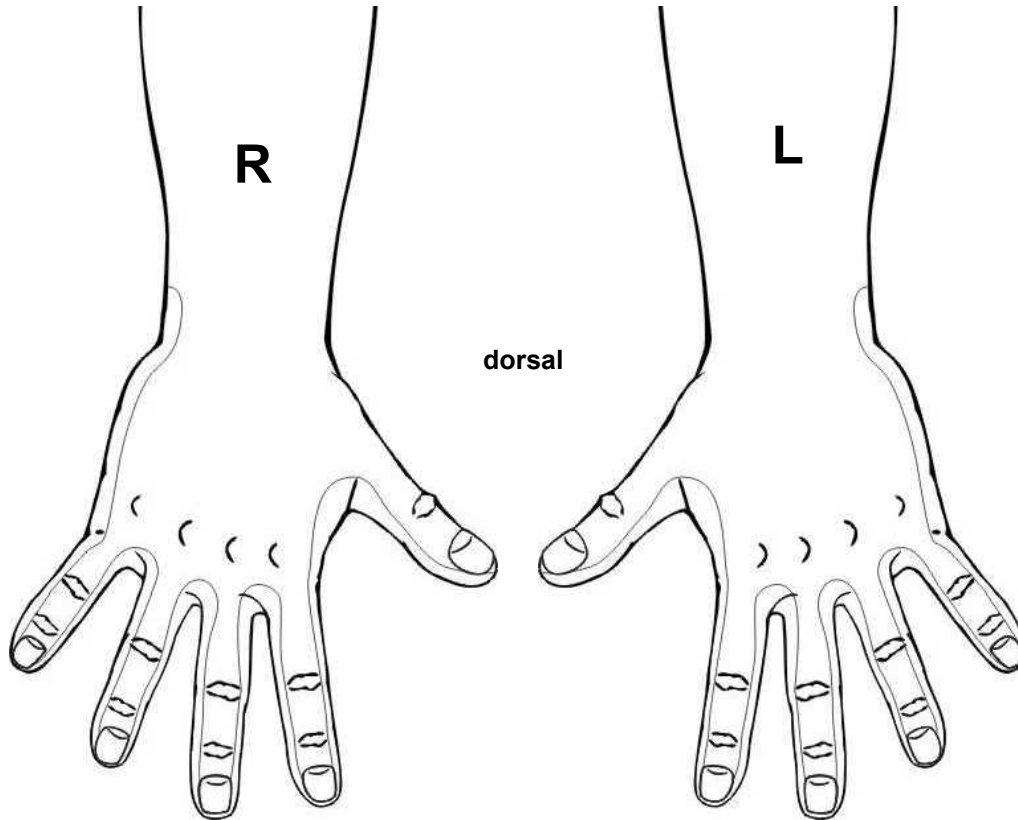
Unfallversicherungsträger  
Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

**Beiblatt Hautbefund am**

**Befund bitte in freier Form in Abschnitt 4 beschreiben**



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

## **Merkblatt zur Hautkrankheiten**

### **Ihre Arbeit belastet die Haut und führt zu Beschwerden?**

Arbeitsbedingte Hauterkrankungen gibt es in vielen Branchen. Meist handelt es sich um Handekzeme. Das sind Entzündungen der Haut, die häufig nässen, Bläschen bilden und zu Trockenheit und Schuppung führen. Es entstehen Hautrisse, die sehr schmerzhaft sein können. Handekzeme werden überwiegend durch den wiederholten Kontakt mit Wasser und hautreizenden Stoffen hervorgerufen. Aber auch der Umgang mit anderen Flüssigkeiten oder der Gebrauch von Handschuhen können Hauterscheinungen verursachen. Daneben können zum Beispiel auch Allergien auftreten oder vorbestehende Hautkrankheiten verschlimmern sich.

### **Ihre Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse hilft**

Es ist Aufgabe der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, mit allen geeigneten Mitteln der Gefahr entgegenzuwirken, dass bei Versicherten eine Berufskrankheit entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert. Hierfür gibt es bei Hauterkrankungen verschiedenste Angebote und Maßnahmen. Diese sind branchenbezogen und bieten individuelle Lösungen zum Hautschutz. Wir helfen Ihnen, wieder gesund zu werden und in Ihrem Beruf weiterzuarbeiten.

***Wir haben viele Möglichkeiten, Ihnen zu helfen. Vertrauen Sie unserer Erfahrung!***

Gemeinsam mit Ihnen und den Ärztinnen und Ärzten wollen wir schnell die Ursachen der Hautkrankheit finden und beseitigen.

### **Was können Sie selbst tun?**

Eine gute Prävention kann Hautkrankheiten verhindern. Hautschutz und Hautpflege stehen dabei an erster Stelle, um Schädigungen der Haut zu verringern und die Regeneration zu fördern. Der direkte Hautkontakt mit den bekannten Schadstoffen soll möglichst vermieden werden. Dabei helfen vor allem persönliche Schutzmaßnahmen, wie zum Beispiel Schutzhandschuhe und Schutzcreme.

***Nehmen Sie den Hautschutz sehr ernst.***

Denn nur mit gutem Hautschutz und guter Hautpflege kann Ihre Haut heilen und bleibt auch in Zukunft gesund.

Sprechen Sie mit den Verantwortlichen für Sicherheit und Gesundheit in Ihrem Betrieb. Fragen Sie nach geeignetem Hautschutz und geeigneten Handschuhen für Ihre Tätigkeiten. Ihre Ansprechpersonen sind Arbeitgebende und Führungskräfte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit oder Betriebsärztinnen und Betriebsärzte.

Gern steht Ihnen Ihre Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse für Fragen zur Verfügung! Wir nehmen Kontakt zu Ihnen auf, sobald wir die Meldung Ihres behandelnden Arztes oder Ihrer Ärztin erhalten.



Name, Vorname:

Geburtsdatum:

## Hinweise zum Datenschutz

Die bei der Behandlung erhobenen Daten (die Diagnose, Ihre Angaben zur Entstehung der Erkrankung und zum Verlauf der Heilbehandlung) werden mit Ihrem Einverständnis durch diesen Hautarztbericht dem zuständigen Unfallversicherungsträger (UVT) mitgeteilt, damit dieser arbeitssplatzhaltende Maßnahmen der Individualprävention nach § 3 BKV prüfen kann. Ihre Einverständniserklärung ist freiwillig, ohne sie kann der UVT aber keine Maßnahmen prüfen und veranlassen.

Übermittelt werden nur die Angaben, die der UVT zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben bei einer drohenden oder bereits bestehenden Berufskrankheit benötigt.

Nähere Informationen erhalten Sie von Ihrem UVT.

## Erklärung

**Ich bin damit einverstanden, dass** der **UVT** den Hautarztbericht und **meine Befunde** erhält.

Für Rückfragen:

Telefonisch erreichbar:

Am besten erreichbar:

---

(Datum)

---

(Unterschrift)