|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Ihr Zeichen: |  |  |
|  |  |  | Ihre Nachricht vom: |  |  |
|  |  |  | Unser Zeichen: |  |  |
|  |  |  | Ihr Ansprechpartner: |  |  |
|  |  |  | Telefon: |  |  |
|  |  |  | Fax: |  |  |
|  |  |  | E-Mail: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Datum: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Bericht „Optimiertes Atemwegs-Verfahren“ (OAV) der BG ETEM

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | **Angaben zur versicherten Person** | |
| 1.1 | Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
|  |  |  |
| 1.2 | Anschrift: | Telefon-Nr.: |
|  |  |  |
| 1.3 | Staatsangehörigkeit: | Geschlecht: |
| 1.4 | Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin: | |
|  |  | |
| 1.5 | Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds): | |
|  |  | |
| 2 | **Angaben zur beruflichen Beschäftigung** | |
| 2.1 | Derzeitige Tätigkeit: | |
| 2.2 | Seit wann ausgeübt: | |
| 2.3 | Vorherige Tätigkeit: | |
| 2.4 | Übt die versicherte Person eine Nebentätigkeit aus?  Nein  Ja, welche? | |
|  |  | |
| 3 | **Angaben zu Atemwegsbelastungen** | |
| 3.1 | Einwirkungen/Belastungen (nach Möglichkeit konkret benennen): | |
|  |  | |
|  | Bemerkungen: | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.4 | Bestehen **außerberuflich** nennenswerte Atemwegsbelastungen (Haushalt, Hobbies, Tierhaltung, usw.)? | | | | | |
| 3.5 | Nein  Ja, welche?  Ist/War die versicherte Person Raucher?  Nein  Ja, von       bis  Packyears: | | | | | |
| 4 | **Angaben zur Erkrankung** | | | | | |
| 4.1 | Wann sind die Beschwerden erstmals aufgetreten? | | | | | |
| 4.2 | Wie äußerten sich die Beschwerden? | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| 4.3 | Erfolgte deswegen bereits eine ärztliche Behandlung?  Nein  Ja | | | | | |
|  | Wenn ja, Zeitpunkt/ Zeitraum der Behandlung | durch mich | | durch anderen Arzt/Ärztin (Name, Anschrift) | Häufigkeit | Arbeitsunfähigkeit  Nein  Ja  (ggf. Zeitraum)        bis |
| 4.4 | Welche Funktionstestungen liegen bereits vor? (bitte fügen Sie die Testergebnisse in Kopie bei) | | | | | |
|  | Spirometrie  Peak-Flow-Messung | | | | | |
|  | Bronchospasmolysetest  sonstige (Welche?)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 5 | **Angaben zu Schutzmaßnahmen** | | | | | |
| 5.1 | Wurde ein Betriebsarzt/eine Betriebsärztin eingeschaltet bzw. informiert?  Nein  Ja | | | | | |
|  | Name & Adresse: | | | | | |
| 5.2 | Welche betrieblichen Schutzmaßnahmen (z.B. Absaugung) existieren? | | | | | |
| 5.3 | Welche persönliche Schutzausrüstung (z.B. Atemschutz) wird genutzt? | | | | | |
| 5.4 | Wurde die Erkrankung bereits gemeldet?  Nein  Ja, bei UVT: | | | | | |
|  |  | | | | | |
| 5 | **Atemwegsbefund** | | | | | |
| 5.1 | Beurteilungsgrundlage: | | | | | |
|  | Während der Berufstätigkeit  Während arbeitsfreier Zeit (Arbeitsunfähigkeit/Urlaub) | | | | | |
|  | Unter Nutzung atemwegswirksamer Medikamente (Wenn ja, welche?) | | | | | |
| 5.2 | Aktueller Befund (**-bitte detaillierte Angaben-)** inkl. aktueller Funktionstestungen (bitte beifügen) | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| 6 | **Diagnosen** | | | | | |
|  |  | | | | | |
| 7 | **Beurteilung** | | | | | |
| 7.1 | Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Atemwegserkrankung: | | | | | |
|  | Nein  Ja, folgende – bitte begründen –: | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| 7.2 | Folgende Maßnahmen sind noch erforderlich (z.B. Allergietestungen, Messungen am Arbeitsplatz, etc.) | | | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | | | | | |
| 8 | **Behandlung** | | | | | |
| 8.1  8.2 | Folgende Therapien wurden bislang durchgeführt:  Folgende Therapien sind vorgesehen: | | | | | |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 9 | **Empfehlungen** | | | | |
| 9.1 | Therapieempfehlungen: | | | | |
| 9.2 | Präventionsempfehlungen: | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| 10 | **Aufgabe der derzeit ausgeübten Tätigkeit:** | | | | |
|  | Tätigkeit kann voraussichtlich weiter ausgeübt werden. | | | | |
|  | Tätigkeitsaufgabe droht, weil: | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  | Wiedervorstellung veranlasst am       **(Hinweis: spätestens nach 4 Wochen)** | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **Datenschutz:**  Über den Zweck des Berichtes OAV 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 analog der Nr.130 nach der UV-GOÄ. Darin enthalten ist die Untersuchung nach Nr. 1 bzw. Nr. 6 UV-GOÄ.