

Fragebogen für ein arbeitsmedizinisches Konsil bei möglicherweise beruflich verursachten Krebserkrankungen

Teil 2 – vom Patienten auszufüllen

Name :Vorname:

Geburtsdatum:
 Tag Monat Jahr

Telefon: Handy: Festnetz:

Email:

Adresse:

Wurde eine Berufskrankheitenanzeige erstattet?

Ja Nein Unbekannt

Wenn ja:

Wann und von wem?

Wegen welcher/n Erkrankung/en?

.....

Wie ist der Stand des Berufskrankheitenverfahrens? Gibt es bereits einen rechtskräftigen Bescheid bzw. Gerichtsurteil?

.....

Wenn ja: Ergebnis?

.....

Bei welcher Berufsgenossenschaft sind Sie versichert?

.....

.....

.....

Um beurteilen zu können, ob Ihre Erkrankung möglicherweise durch berufliche Einflüsse verursacht oder mitverursacht wurde, benötigen wir möglichst exakte Informationen von Ihnen. Bitte machen Sie detaillierte Angaben zu jeder Ihrer Tätigkeiten in chronologischer Reihenfolge.

Beispiel:

Zeitraum	Firma	Genauere Beschreibung der Tätigkeit und von Schutzmaßnahmen
1974 - 1987	<i>Dachdeckerbetrieb Max Mustermann, Musterdorf</i>	<i>1974 – 1978 Lehre als Dachdecker, anschließend Dachdeckergeselle. Sägen von Eternit-Platten (Asbestzement) im Freien, dabei kein Atemschutz; während der Lehrzeit ca. 4 Stunden pro Woche, danach ca. ca. 2 Stunden pro Woche. Im gesamten Zeitraum durchschnittlich 2 Tage pro Monat Teeren von Flachdächern ohne Atemschutz. Weit überwiegend Arbeiten im Freien, im Sommer mit nacktem Oberkörper. Kein Sonnenschutz (UV-Schutz) außer Sonnenbrille.</i>

Stäuben?

Ja Nein Unbekannt

Wenn ja, nähere Angaben:

.....

.....

Mineralfasern wie Asbest?

Ja Nein Unbekannt

Wenn ja, nähere Angaben:

.....

.....

Schweißrauchen?

Ja Nein Unbekannt

Wenn ja, nähere Angaben:

.....

.....

Gasen, z.B. Kokereirohgasen?

Ja Nein Unbekannt

Wenn ja, nähere Angaben:

.....

.....

.....

radioaktiver Strahlung, z.B. Röntgenstrahlen?

Ja Nein Unbekannt

Wenn ja, nähere Angaben:

.....

.....

Waren/sind Sie ultravioletter (UV)-Strahlung ausgesetzt, z.B. bei Arbeiten im Freien?

Ja Nein Unbekannt

Wenn ja, nähere Angaben, z.B. Sonnenschutz?

.....

.....

Haben Sie einen Unfall (bei der Arbeit oder privat) erlitten, bei dem Sie vermehrt Chemikalien, Rauchen, Gasen und/oder Strahlung ausgesetzt waren?

Ja Nein Unbekannt

Wenn ja, nähere Angaben:

.....

.....

.....

Haben Sie eine Vergiftung erlitten?

Ja Nein Unbekannt

Wenn ja, nähere Angaben:

.....

.....

.....

Datum

Unterschrift des Patienten