|  |
| --- |
| **ANZEIGE BEI VERDACHTAUF EINE BERUFSKRANKHEIT DURCH ERKRANKTE PERSON** |
|  |  |
|  |  |
|  |
| Empfänger/-in |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft - BG BAUBerufskrankheiten-Anzeige30682 Hannover |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| Name, Vorname  | Geschlecht | Geburtsdatum | Tag | Monat | Jahr |
|       | [ ]  männlich [ ]  weiblich [ ]  divers |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Straße, Hausnummer | Postleitzahl | Ort |
|       |   |   |   |   |   |       |
| Welche Krankheitserscheinungen oder Beschwerden liegen vor?      |
| Wann traten die Beschwerden erstmals auf? |
| Tag | Monat | Jahr |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| Befanden Sie sich wegen der genannten Beschwerden bereits in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, geben Sie bitte den Arzt/die Ärztin bzw. das Krankenhaus mit Anschrift an. |
| [ ]  Nein[ ]  JaName und Anschrift:       |
| Worauf führen Sie Ihre Beschwerden zurück? (wenn möglich, bitte konkrete Arbeitsstoffe oder Tätigkeiten angeben) |
|       |
| Sind oder waren Sie aufgrund der genannten Beschwerden arbeitsunfähig?[ ]  Nein[ ]  Ja |
| Von | Tag | Monat | Jahr | Bis | Tag | Monat | Jahr |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   [ ]  Laufend |
| In welchem Unternehmen sind oder waren Sie zuletzt tätig? |
|       |
| Tätigkeit als:       |
| Name Ihrer Krankenkasse (Name und Anschrift):       |
| Weitere Kontaktdaten Telefonnummer:       Handynummer:       |
| Tag | Monat | Jahr |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| Datum |  Unterschrift |