ANZEIGE BEI VERDACHT
AUF EINE BERUFSKRANKHEIT DURCH ERKRANKTE PERSON

Empfänger/-in

Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft - BG BAU
Berufskrankheiten-Anzeige
30682 Hannover

Name, Vorname	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr

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

☐ Ja

Name 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

	Tag	Monat	Jahr		Tag	Monat	Jahr
Von				Bis			

☐ 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