

EINWIRKUNG DURCH LÄRM**EIGNUNGSUNTERSUCHUNG**

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014

Datum (TT.MM.JJJJ)

Arbeitgeber/in (Beschäftigter/in)	
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
gegebenenfalls Arbeitsstätte/Arbeitsstelle/Baustelle	
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
gegebenenfalls Überlasser/in	
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
Name Arbeitnehmer/in bzw. Bedienstete/r (Familienname, Vorname)	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Stammpersonal <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> überlassen
Wohnadresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	Vers.-Nr. Geburtsdatum (TTMMJJ)
Ermächtigter/r Ärztin/Arzt (Name und Anschrift in Blockbuchstaben)	Unfallversicherungsträger <input type="checkbox"/> AUVA <input type="checkbox"/> BVA <input type="checkbox"/> VAEB
Lärmpegel am Arbeitsplatz	
Tätigkeit im Betrieb	

BEURTEILUNG

<input type="checkbox"/> Für Lärmarbeit geeignet <input type="checkbox"/> Geeignet mit vorzeitiger Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> Nicht geeignet	nächste Untersuchung am (TT.MM.JJ)	Unterschrift und Stempel der ermächtigten Ärztin/ des ermächtigten Arztes
---	------------------------------------	--

ALLGEMEINE ANAMNESE

Ohrenerkrankungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Welche?
Ohrenfluss <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten	

BESCHWERDEN

Juckreiz, Ekzem Gehörgang oder Ohrmuschel <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts

ARBEITSANAMNESE (Expositionsbedingungen, zusätzliche Belastungen z.B. ototoxische Lösemittel)

--

BISHERIGE LÄRMARBEIT

Betrieb	von-bis (JJJJ-JJJJ)	Art der Tätigkeit	Jahre
			Jahre gesamt:

EINWIRKUNG DURCH LÄRM

EIGNUNGSUNTERSUCHUNG

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014

Datum (TT.MM.JJJJ)

Name (Familienname, Vorname)	Vers.-Nr.	Geburtsdatum (TTMMJJ)
------------------------------	-----------	-----------------------

GEPLANTER GEHÖRSCHUTZ

Art

OTOSKOPISCHER BEFUND

Zeitpunkt der Untersuchung

AUDIOGRAMM (Hörverlust in Dezibel/Frequenz in Hertz)

Zeitpunkt der Untersuchung

Luftleitung:
linkes Ohr x rechtes Ohr o

Knochenleitung:
linkes Ohr < rechtes Ohr >

Lärmjahre:
 I _____ bis 10
 II 11 bis 20
 III mehr als 20

nach F. SCHWETZ

Luftleitung	125 Hz	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	1500 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz	12000 Hz
links x											
rechts o											
Knochenleitung											
links <											
rechts >											

BEMERKUNGEN bzw. kurze Begründung bei Nichteignung

**EINWIRKUNG DURCH LÄRM
MITTEILUNG AN ARBEITGEBER/IN bzw. ÜBERLASSER/IN**
EIGNUNGSUNTERSUCHUNG

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014

Datum (TT.MM.JJJJ)

Arbeitgeber/in (Beschäftigter/in)		
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		
gegebenenfalls Arbeitsstätte/Arbeitsstelle/Baustelle		
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		
gegebenenfalls Überlasser/in		
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		
Name Arbeitnehmer/in bzw. Bedienstete/r (Familienname, Vorname)	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Stammpersonal <input type="checkbox"/> überlassen
Wohnadresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	Vers.-Nr.	Geburtsdatum (TTMMJJ)
Ermächtigter/r Ärztin/Arzt (Name und Anschrift in Blockbuchstaben)	Unfallversicherungsträger <input type="checkbox"/> AUVA <input type="checkbox"/> BVA <input type="checkbox"/> VAEB	
Lärmpegel am Arbeitsplatz		
Tätigkeit im Betrieb		

BEURTEILUNG

<input type="checkbox"/> Für Lärmarbeit geeignet <input type="checkbox"/> Geeignet mit vorzeitiger Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> Nicht geeignet	nächste Untersuchung am (TT.MM.JJ)	Unterschrift und Stempel der ermächtigten Ärztin/ des ermächtigten Arztes
---	------------------------------------	--