

**EINWIRKUNG DURCH STÄUBE****EIGNUNGS- UND FOLGEUNTERSUCHUNG**

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014

Datum (TT.MM.JJJJ)

Arbeitgeber/in (Beschäftiger/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)
Ermächtigte/r Ärztin/Arzt (Name und Anschrift in Blockbuchstaben)	Unfallversicherungsträger <input type="checkbox"/> AUVA <input type="checkbox"/> BVA <input type="checkbox"/> VAEB
Schädigende/r Stoff/e	<input type="checkbox"/> Eignungsunters. <input type="checkbox"/> Folgeunters.
Tätigkeit im Betrieb	

**BEURTEILUNG**

<input type="checkbox"/> Für Arbeiten mit schädigendem Stoff geeignet <input type="checkbox"/> Geeignet mit vorzeitiger Folgeuntersuchung <input type="checkbox"/> Nicht geeignet	nächste Untersuchung (Datum), Stoff/e	Unterschrift und Stempel der ermächtigten Ärztin/ des ermächtigten Arztes
---	---------------------------------------	--

**ALLGEMEINE ANAMNESE**

Gravidität <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Alkohol <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Krankheiten inkl. Allergien, soweit sie für die ausgeübte Tätigkeit von Bedeutung sind
<input type="checkbox"/> Raucher/in seit (JJJJ) <input type="checkbox"/> bis 20/d <input type="checkbox"/> über 20/d <input type="checkbox"/> Nichtraucher/in seit (JJJJ)		
Medikamente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Welche Medikamente?      in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**BESCHWERDEN**

	nein	selten	mehr als 3 Monate im Jahr		nein	ja
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ödeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Beschwerden und Spezifizierung der voranstehend festgestellten Beschwerden				Beklemmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ARBEITSANAMNESE** (Tätigkeit, Expositionsbedingungen, techn. und persönl. Schutzmaßnahmen, zusätzliche Belastungen, etc.)

--

**EINWIRKUNG DURCH STÄUBE**

**EIGNUNGS- UND FOLGEUNTERSUCHUNG**

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014

Datum (TT.MM.JJJJ)

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

**BISHERIGE STAUBARBEIT**

Betrieb	von-bis (JJJJ-JJJJ)	Art der Tätigkeit	Jahre
			<b>Jahre gesamt:</b>

**BEFUNDERHEBUNG**

		Größe (cm)	Gewicht (kg)	
<b>Thoraxform</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> deformiert		
<b>Atemform</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auxiliär		
<b>Lunge</b>				
Klopfschall	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> hypersonor	<input type="checkbox"/> Pleuraschwarte	
Atemgeräusch	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> verschärft	<input type="checkbox"/> abgeschwächt	<input type="checkbox"/> verlängertes Expirium
Nebengeräusche	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> feucht	<input type="checkbox"/> andere
<b>Herz</b>	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> Geräusche		
<b>Sonstige Befunde</b>				
<b>Herz-Kreislauf-Funktion</b>				
Blutdruck (RR)	Puls/min			
/				
<b>Zeitpunkt der Untersuchung (Uhrzeit)</b>				
Kleine Spirographie				
<b>Datum der letzten Untersuchung</b>				
Thorax-Röntgen				

**KLEINE SPIROGRAPHIE (mindestens dreimal, im Stehen)**

<b>Forcierte Vitalkapazität FVC</b>			<b>1-Sekunden-Kapazität FEV1</b>		
Messwert (l)	Sollwert (l)	% Soll	Messwert (l)	Sollwert (l)	% Soll
<b>FEV1%FVC</b>			<b>MEF<sub>50</sub></b>		
Messwert (%)	Sollwert (%)	% Soll	Messwert (l/sec)	Sollwert (l/sec)	% Soll

**RÖNTGENBEFUND**

Befundung nach ILO-Klassifizierung (2000)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich
Röntgen Thorax	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> pneumokoniotische Veränderungen	<input type="checkbox"/> sonstige pathologische Veränderungen
Beschreibung der pathologischen Veränderungen			

**BEMERKUNGEN** bzw. kurze Begründung bei Nichteignung/vorzeitiger Folgeuntersuchung

**EINWIRKUNG DURCH STÄUBE  
MITTEILUNG AN ARBEITGEBER/IN bzw. ÜBERLASSER/IN**
**EIGNUNGS- UND FOLGEUNTERSUCHUNG**

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	
Schädigende/r Stoff/e	<input type="checkbox"/> Eignungsunters. <input type="checkbox"/> Folgeunters.	
Tätigkeit im Betrieb		

**BEURTEILUNG**

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