

HAUTKREBS VERURSACHENDE STOFFE

Datum (TT.MM.JJJJ)

EIGNUNGS- UND FOLGEUNTERSUCHUNG

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014

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

Zusätzl. hautschädigende Einflüsse am Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Hautschädigende Einflüsse durch <input type="checkbox"/> starke Sonnenbestrahlung <input type="checkbox"/> Hitzeeinwirkung <input type="checkbox"/> mechan. Beanspruchung der Haut <input type="checkbox"/> sonstige Einflüsse
Gravidität <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

SUBJEKTIVE BESCHWERDEN

--

BEFUNDERHEBUNG

Pigmentveränderungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Handrücken	<input type="checkbox"/> Unterarm	<input type="checkbox"/> Gesicht	<input type="checkbox"/> Nacken	<input type="checkbox"/> Sonstige Lokalisation
Ekzeme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Handrücken	<input type="checkbox"/> Unterarm	<input type="checkbox"/> Gesicht	<input type="checkbox"/> Nacken	<input type="checkbox"/> Sonstige Lokalisation
Ichthyose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> ausgeprägt				
Seborrhoe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> ausgeprägt				

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

--

BEMERKUNGEN bzw. kurze Begründung bei Nichteignung/vorzeitiger Folgeuntersuchung

--

**HAUTKREBS VERURSACHENDE STOFFE
MITTEILUNG AN ARBEITGEBER/IN bzw. ÜBERLASSER/IN**

Datum (TT.MM.JJJJ)

EIGNUNGS- UND FOLGEUNTERSUCHUNG

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014

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