Berufskrankheit gemäss Art. 9 UVG

Protokoll: Allergien

Referenz-Nr.:

Versicherte Person:

Persönliche Befragung durch:

Datum:

---

1. Wann traten die Hautbeschwerden erstmals auf?

Datum?

Nach welche Tätigkeit? Unmittelbar/mittelbar danach?

An welchen Körperpartien?

Art des Ausschlags oder Beschwerden?

Dabei getroffene Massnahmen/durchgeführte Behandlungen und verordnete Therapien?

2. Heilverlauf

Verlauf der Beschwerden?

Heutige Beschwerden/Ausschläge? (z.B. Hautveränderungen, Kopfweh, Magenweh, Fieber, Müdigkeit, Schwindel, Zittern, Schlaflosigkeit, Erbrechen, Durst, Durchfall, Verstopfung, Koliken, Gewichtsabnahme, Nervosität, Herzklopfen, Schwäche usw.)

Heutige Behandlungen/Therapien/Verlauf?

Durchgeführte Tests/Ergebnisse?

Besserten sich zwischenzeitlich die Ausschläge wieder?

Sind Unterschiede zur Freizeit feststellbar (am Wochenende, in den Ferien, bei sonstiger Arbeitsaussetzung)?

Prognose allgemein?

Wie sieht die/der Versicherte die berufliche Zukunft?

3. Anamnese

Frühere Hautkrankheiten (z.B. als Kind, in der Jugend)? Wann, behandelnde Ärzte?

Überempfindlichkeiten (wie Pollen, Hausstaub, Nahrungsmittel, Medikamente)?

Asthmatische Erkrankungen?

Durchgemachte Krankheiten aller Art?

Erlittene Unfälle? Hautkrankheiten/Allergien in Familie/Verwandtschaft?

4. Arbeitsunfähigkeit

Welche Arbeiten können infolge der Allergie nicht erledigt werden? Anteil an Gesamttätigkeit?

Ist in absehbarer Zeit mit der vollen Wiederaufnahme der Arbeit zu rechnen?

Frühere Arbeitsunfähigkeiten dergleichen Beschwerden?

5. Berufliche Tätigkeiten

Seit wann beim Versicherungsnehmer angestellt?

Beschäftigt als?

Position/Stellung?

Beruflicher Werdegang, Ausbildung?

Genaue Beschreibung der Tätigkeit; falls mehrere Tätigkeiten wie viele Stunden pro Woche, Monat, Jahr, entfallen auf die einzelnen Arbeiten?

Arbeitsplatz? (im Freien, Raumbelüftung/Temperatur etc.)

Bestanden bereits bei früheren Tätigkeiten Hautprobleme? Falls ja, welche? Änderung des Aufgabenbereichs in letzter Zeit?

Arbeits- oder Stellenwechsel kürzlich erfolgt, geplant, gewünscht oder notwendig?

Möglichkeiten (Handschuhe, Salben, technische Mittel), sich so zu schützen, dass die gewohnte Arbeit weiter ausgeführt werden kann?

Versetzung/anderer Einsatz im Betrieb möglich?

Verhalten des Arbeitgebers?

6. Kontaktstoffe

a) Arbeit (Lebensmittel, Gewürze, Fleisch, Reinigungsmitteln, Waschmittel, Öle/Schmierstoffe, Chemikalien, andere Flüssigkeiten/Kontaktstoffe, Pflanzen)?

Wann, wie oft und wie lange Kontakt mit den einzelnen Stoffen bzw. Produkten?

Art und Intensität dieser Kontakte?

Änderung der Kontakte unmittelbar vor Ausbruch?

Bestehen Schutzmassnahmen/-möglichkeiten (z.B. Handschuhe; Schutzmasken mit Staubfilter)?

b) Privat (Pflegemittel und Wechsel derselben, Reinigungs- und Küchenmittel und Wechsel derselben, Imprägniermittel, Pflanzen/Blumen, Tiere)?

Alter des Hauses/Wohnung? Wohngifte, Hausstaub, Lacke, Spannteppiche etc.?

7. Freizeit/Hobbys/Nebenerwerb

Art der Kontaktstoffe?

Sportarten mit Kontaktstoffen (z.B. auch Tiere, Mittel gegen Schweiss, Dul-X etc.)?

8. Gewohnheiten

Rauchen? Alkohol? Medikamente?

9. Berufskrankheiten

Warum Berufskrankheit (Erklärung/Begründung)? Ansicht der versicherten Person

Sind ähnliche Beschwerden bei Arbeitskollegen/innen im Betrieb schon früher aufgetreten? Wann, bei wem?

10. Andere Versicherungen

Krankenkasse? Gemeldet? Reaktion?

Invalidenversicherung: Gemeldet? Reaktion?

Lebensversicherung / Private Invalidenversicherung bzw. Taggeldversicherung) Leistungen?

Ergänzungen/Bemerkungen/Anregungen/Wünsche der versicherten Person?

Alle 6 Seiten gelesen und mit dem Inhalt einverstanden.

Datum:

Unterschrift: