1 Name und Anschrift des Unternehmens

ANZEIGE der Unternehmerin / des Unternehmers bei Anhaltspunkten für eine **BERUFSKRANKHEIT**

3 Empfänger/in

2 Unternehmensnummer des Unfallversicherungsträgers

4 Name, Vorname der versicherten Person	**5** Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
6 Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort		
7 Geschlecht ☐ Männlich ☐ Weiblich	**8** Staatsangehörigkeit	**9** Leiharbeitnehmer/in ☐ Ja ☐ Nein		
10 Auszubildende/r ☐ Ja ☐ Nein	**11** Die versicherte Person ist ☐ Unternehmer/in ☐ Gesellschafter/in Geschäftsführer/in ☐ mit der Unternehmerin / dem Unternehmer ☐ verheiratet ☐ in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend ☐ verwandt			
12 Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht für ☐☐ Wochen	**13** Krankenkasse (Name, PLZ, Ort)			

14 Welche Krankheitserscheinungen liegen vor, die Anhaltspunkte für die Anzeige bilden? Welche Beschwerden äußert die versicherte Person? Auf welche gefährdenden Einwirkungen und Stoffe führt die versicherte Person die Beschwerden zurück?

15 Welche gefährdenden Tätigkeiten hat die versicherte Person ausgeübt? Welchen gefährdenden Einwirkungen und Stoffen war die versicherte Person bei der Arbeit ausgesetzt?

16 Wurde arbeitsmedizinische Vorsorge durchgeführt? Wenn ja, durch wen und wann?

17 Wurden die unter Nummer 15 genannten Gefährdungsfaktoren am Arbeitsplatz der versicherten Person überprüft (z.B. Gefährdungsbeurteilung, Messungen)? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

18 Datum | Unternehmer/in (Bevollmächtigte/r) | Betriebsrat (Personalrat) | Telefon-Nr. für Rückfragen

zentraler Thüringer Formularpool

© FormLAB Gesellschaft für Prozessautomatisierung mbH – www.formlab-gmbh.de
UVAV-003-DE-FL - Anlage 4 - 7/2017