|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | […] |  |  | Ihr Zeichen: |  | […] |
|  |  |  | Ihre Nachricht vom: |  | […] |
|  |  |  | Unser Zeichen: |  | […] |
|  |  |  | Ihr Ansprechperson: |  | […] |
|  |  |  | Telefon: |  | […] |
|  |  |  | Fax: |  | […] |
|  |  |  | E-Mail: |  | […] |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | Datum: |  | […] |
|  |  |  |  |  |  |  |

Hautarztbericht **– UV-Träger –**

**– Behandlungsverlauf**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Angaben zur versicherten Person** | | |
| 1.1 | Name, Vorname: | 1.2 | Geburtsdatum: |
|  | […] |  | […] |
| 2 | **Angaben zur Erwerbstätigkeit**  Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht | | |
| 2.1 | Derzeitige Tätigkeit: […] | | |
| 2.2 | Seit wann ausgeübt: […] | | |
| 2.3 | Übt die versicherte Person eine Nebentätigkeit aus?  Nein  Ja, welche? | | |
|  | […] | | |
| 3 | **Angaben zu arbeitsbedingten**  **Hautbelastungen/Schutzmaßnahmen**  Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht | | |
| 3.1 | Arbeitsstoffe (nach Möglichkeit konkret benennen): | | |
|  | […] | | |
|  | Bemerkungen (auch zur Verschmutzung oder zu irritativen Hautbelastungen): | | |
|  | […] | | |
| 3.2 | Feuchtarbeit (ohne Okklusionszeiten):  Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht | | |
|  | […] Stunden pro Tag | | |
|  | Bemerkungen: | | |
|  | […] | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] |

|  |  |
| --- | --- |
| 3.3 | Handschuhtragezeiten (nur Okklusionszeiten):  Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht |
|  | […] Stunden pro Tag |
|  | Bemerkungen: |
|  | […] |
| 3.4 | Handwaschfrequenz (Häufigkeit pro Schicht):  Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht |
|  | […] |
| 3.5 | Persönliche Schutzmaßnahmen:  Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht |
|  | – Handschuhe:  Nein  Ja, welche? […] |
|  | – Hautschutzmittel:  Nein  Ja, welche? […] |
|  | – Hautreinigungsmittel:  Nein  Ja, welche? […] |
|  | – Hautpflegemittel:  Nein  Ja, welche? […] |
|  | Bemerkungen: |
|  | […] |
| 3.6 | Bestehen **außerberuflich** nennenswerte Hautbelastungen (Haushalt, Hobbies, Gartenarbeit, Pflege von Angehörigen usw.)? |
|  | Nein  Ja, welche? […] |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.** | **Angaben zu Hauterscheinungen** |
| 4.1 | Hautzustand im Berichtszeitraum: |
|  | Unverändert |
|  | Besserung? In welcher Form? […] |
|  | Verschlechterung? In welcher Form? […] |
| 4.2 | In der folgenden Tabelle bitten wir um Angabe der von Ihnen durchgeführten Untersuchungen seit der letzten Berichterstattung: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tag der Untersuchung** | **Hautbefund**  Bitte den Hautbefund an beruflich exponierten Arealen mit Lokalisation und Morphe beschreiben | **Diagnose (inkl. ICD 10)1** | **Beurteilung**  - Während der Arbeit - In arbeitsfreier Zeit - Unter Therapie, z. B. Kortison  (Mehrfachnennungen möglich) | **Arbeitsunfähigkeit** wegen der Hauterkrankung bescheinigt   **Von - Bis** | **Hauterkrankung vollständig abgeheilt?** |
| […] | […] | […] | Während der Arbeit  In arbeitsfreier Zeit  Unter Therapie, z. B. Kortison | […] | Nein  Ja,  seit: […] |
| […] | […] | […] | Während der Arbeit  In arbeitsfreier Zeit  Unter Therapie, z. B. Kortison | […] | Nein  Ja,  seit: […] |
| […] | […] | […] | Während der Arbeit  In arbeitsfreier Zeit  Unter Therapie, z. B. Kortison | […] | Nein  Ja,  seit: […] |

1 Werden im Verlauf der Behandlung weitere Sensibilisierungen festgestellt, fügen Sie diesem Bericht bitte die entsprechenden Testprotokolle bei mit Angabe des Testkammersystems sowie der Beurteilung der klinischen Relevanz der Sensibilisierung.

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] |

|  |  |
| --- | --- |
| 5 | **Empfehlungen zur Therapie und Prävention** |
| 5.1 | Therapie: |
|  | – Basispflege/-therapie, sowie harnstoff- oder   gerbstoffhaltige Externa:  Nein  Ja, welche? […] |
|  | Pharmakologische Therapie |
|  | – Topische Therapie:  Nein  Ja, Präparate/Wirkstoffe? […] |
|  | – Systemische Therapie:  Nein  Ja, Präparate/Wirkstoffe? […] |
|  | – Physikalische Therapiemaßnahmen:  Nein  Ja, welche? […] |
|  | – Sonstige Maßnahmen:  Nein  Ja, welche? […] |
|  | Wiedervorstellung veranlasst am […] |
|  | Behandlung zu Lasten des UVT  durch mich  durch […] |
| 5.2 | Präventionsmaßnahmen – ärztlich eingeleitet - |
|  | […] |
|  | Präventionsmaßnahmen – Empfehlungen an den UV-Träger |
|  | Hautschutzoptimierung erforderlich durch: |
|  | […] |
|  | Beratung der versicherten Person durch einen Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin des UVT zu folgenden Sachverhalten |
|  | […] |
|  | Hautschutztraining/Ambulantes Hautschutzseminar |
|  | […] |
|  | Stationäre Heilbehandlung |
|  | […] |
|  | Weitere Maßnahmen (auch im privaten Bereich) |
|  | […] |
| 6 | **Fortsetzung der hautbelastenden Tätigkeiten** |
|  | Das Fortsetzen der zur Erkrankung führenden hautbelastenden Tätigkeiten mithilfe angemessener Therapie- und Präventionsmaßnahmen ist |
|  | aus medizinischer Sicht möglich. |
|  | aus medizinischer Sicht nicht möglich, weil: |
|  | […] |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datenschutz:**  Über den Zweck des Hautarztberichts und dessen Verwendung habe ich informiert. | | | |
| Rechnung | | | |
| Pauschbetrag | | […] | EUR |
| Abrechnung vorheriger Konsultationen nach Ziffer 1 | | […] | EUR |
| Porto | | […] | EUR |
| zusammen | | […] | EUR |
|  | | | |
| Rechnungsnummer  […] | **Institutionskennzeichen (IK)**  […]  Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) – | | |
|  | […] | | |
| Unterschrift des Arztes/der Ärztin | Anschrift/Stempel des Arztes/der Ärztin | | |

Sie erhalten eine Gebühr (Nr.131) und Auslagen nach der UV-GOÄ. Darin enthalten ist die Untersuchung nach Nr. 1 bzw. Nr. 6 UV-GOÄ.

**Verteiler**

Unfallversicherungsträger

Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| […] | […] |

**Beiblatt Hautbefund am** […]

**Befund bitte in freier Form in Abschnitt 4 beschreiben**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| rechts-a1  **R**  **L**  **dorsal** | links-a1 |  |
| **R** L **palmar**  rechts-b1 | links-b1 |  |