

Hautarztbericht - UV-Träger -
- Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention

1 Angaben zum Versicherten

1.1 Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

1.2 Anschrift: _____ Telefon-Nr.: _____

1.3 Staatsangehörigkeit: _____ Geschlecht: _____

1.4 Name und Anschrift des Arbeitgebers (der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule): _____

1.5 Krankenkasse: _____

2 Angaben zur beruflichen Tätigkeit

2.1 Derzeitige Tätigkeit: _____

2.2 Seit wann tätig? _____

2.3 Vorherige Tätigkeit: _____

3 Angaben zu Hauterkrankungen

3.1 Arbeitsstoffe: _____

Bemerkungen: _____

3.2 Feuchtarbeit: _____ Stunden pro Tag

Bemerkungen: _____

3.3 Verschmutzung: _____ Stunden pro Tag

Bemerkungen: _____

3.4 Persönliche Schutzanordnung:

- Handschuhe: ja nein Wenn ja, welche? _____

- Hautschutzmittel: ja nein Wenn ja, welche? _____

- Hautengangsmittel: ja nein Wenn ja, welche? _____

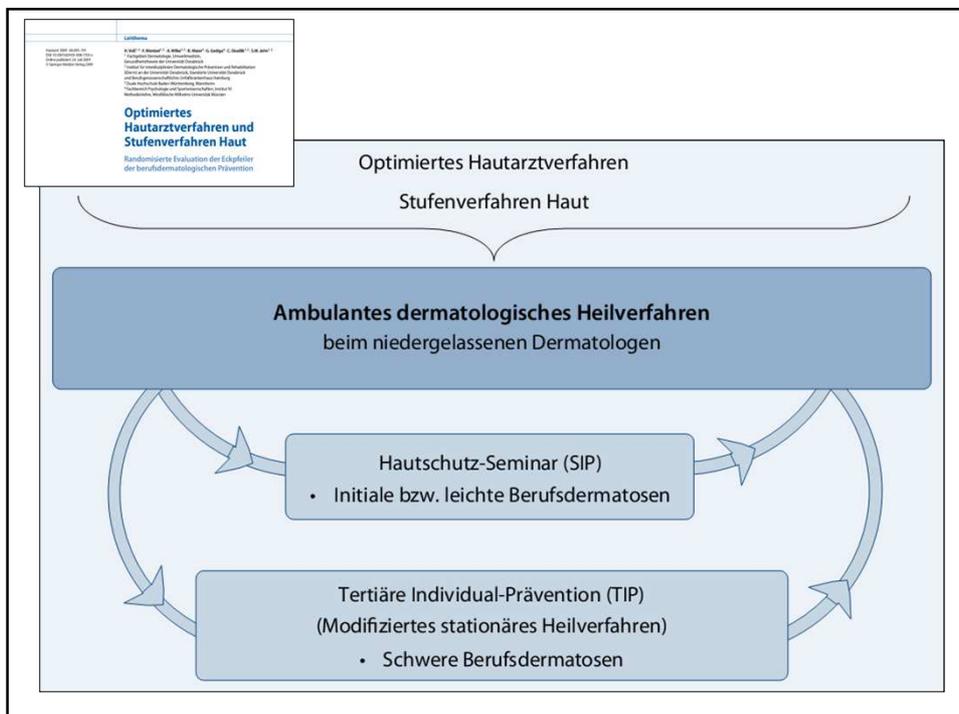
- Hauptgemittel: ja nein Wenn ja, welche? _____

Bemerkungen: _____

„...wenn bei krankhaften Hautveränderungen die Möglichkeit besteht, eine Hauterkrankung entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert.“

ca. 22.000 / anno !

F6050: Hautarztbericht - Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention



EVA_Haut

prospektive Kohortenstudie
01.09.2007 bis 31.12.2010
N=1600

Ein „guter“ Hautarztbericht führt eher zur Einleitung von §3BKV-Maßnahmen!

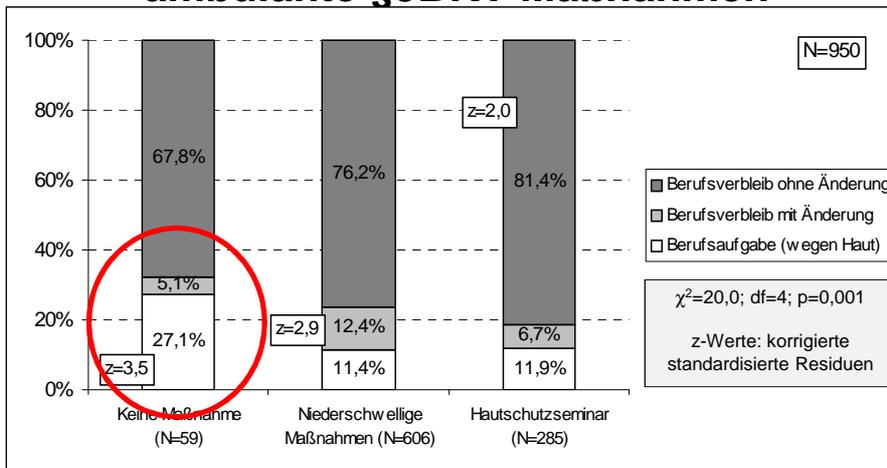
Bei Bewertung mit Schulnote 2 oder besser (GA) wurden häufiger Maßnahmen im Rahmen des „Verfahrens Haut“ eingeleitet, bei Benotung mit Schulnote 3 oder schlechter signifikant seltener (n=864; $\chi^2=6,0$; df=1; p<0,015).

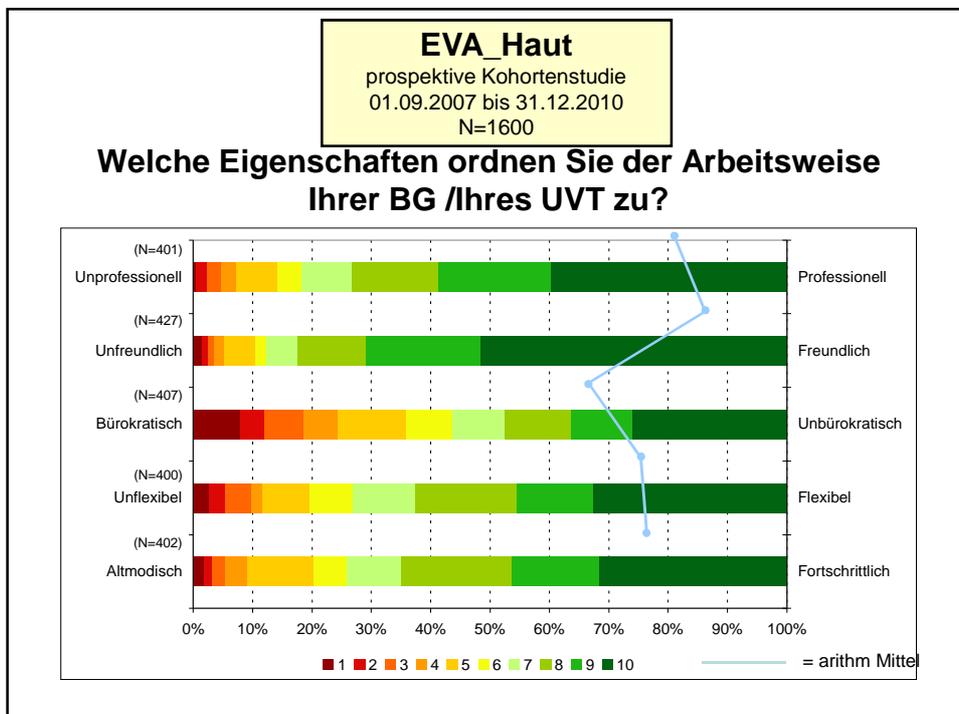
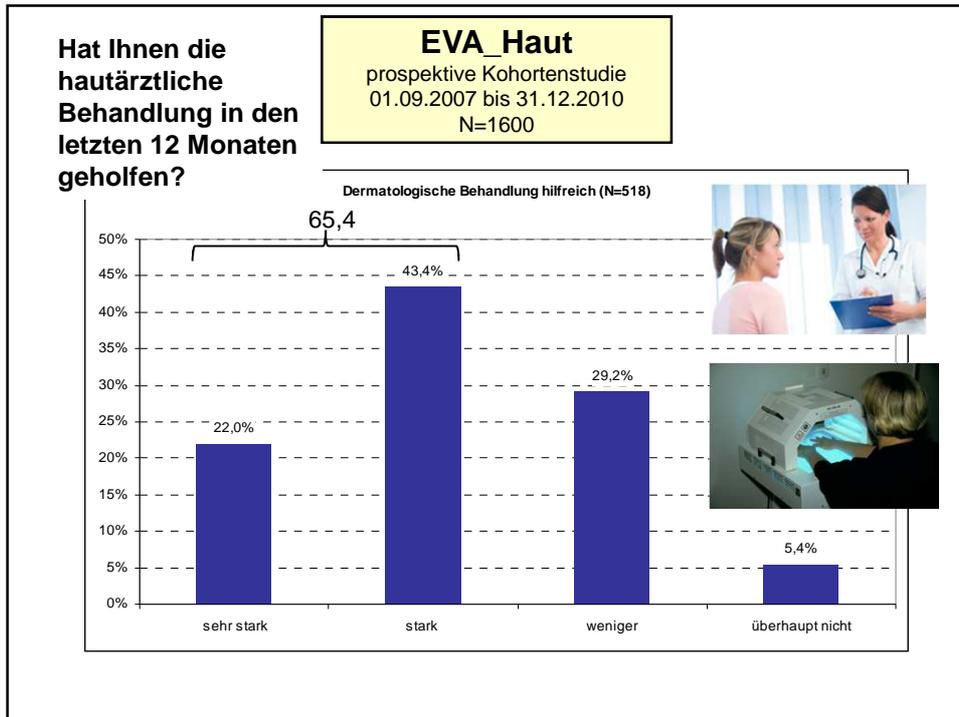


EVA_Haut

prospektive Kohortenstudie
01.09.2007 bis 31.12.2010
N=1600

Berufsverbleib und ambulante §3BKV-Maßnahmen





Das Hautarztverfahren: ein erfolgreiches Präventionskonzept! *Kann man da noch was verbessern?*



Qualitätssicherung und Evaluation des optimierten
Hautarztverfahrens
und des Stufenverfahrens Haut

„EVA_Haut“

Zeichen der DGUV:
412.02:411.43-FB 130-EVA-Haut

Abschlussbericht



Frühintervention bei Hauterkrankungen

Evaluation des Stufenverfahrens Haut: Optimierungsmöglichkeiten bei den Unfallversicherungsträgern¹

Die Frühintervention bei gemeldeten Hauterkrankungen lohnt sich, das ist zweifelsfrei erwiesen. Dennoch sind weitere Verbesserungen bei der Effizienz der Intervention möglich.

ABD-AG Qualitätssicherung im BK-Verfahren



Clearing-Stelle der ABD



Originalarbeit
Eingereicht: 24.8.2012
Angenommen: 19.2.2013
Interessenkonflikt
Kein

Originalarbeit

DOI: 10.1007/s001030201000
English online version on Wiley Online Library

Sekundärprävention von
Berufsdermatosen: erste systematische
Evaluation des Hautarztverfahrens und
des Stufenverfahrens Haut
Secondary prevention of occupational
dermatoses: first systematic evaluation
of optimized dermatologist's
procedure and hierarchical multi-step
intervention

Heike Vohr¹, Günther Gediga²,
Kathrin Gediga³, Björn Maier⁴,
Franklin Meindl⁵, Christoph
Skallik⁶, Fredi Dieler⁷,
Zsuzsanna Zsugoróczy⁸, Sven Mathe Jahn⁹

Zusammenfassung

Hintergrund: 2011 wurden 25.000 Verdachtsmeldungen beruflicher Hauterkrankungen an Unfallversicherungsträger (UVT) gemeldet. Überwiegend durch Hautarztberichte, Hautarztberichte und Hautarztverfahren wurden im Jahr 2008 optimiert, zu 40% wurde die „Stufenverfahrens Haut“ implementiert, das auf Seiten der UVT die standardisierte

**Das Hautarztverfahren:
ein erfolgreiches Präventionskonzept!
*... mit Optimierungspotential!***



Angaben im HA-Bericht häufiger nicht präzise genug, um Kausalität sowie Risiken zu beurteilen und Prävention gezielt und/oder zeitnah einzuleiten.

Optimierung erforderlich bzgl:

- Exposition (beruflich und konkurrierend / privat)
- Befund
- Relevanzbeurteilung von Sensibilisierungen
- Heilungsverlauf
- Präventionsempfehlungen

„der neue Hautarztbericht“

DGUV-Rundschreiben
0422/2015
vom 03.12.2015

Hautarztbericht – UV-Träger –
– Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention

1 Angaben zur versicherten Person
1.1 Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
1.2 Anschrift: _____ Telefon-Nr.: _____
1.3 Staatsangehörigkeit: _____ Geschlecht: **Weiblich** -v-
1.4 Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin (der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule): _____
1.5 Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds): _____

2 Angaben zur beruflichen Beschäftigung
2.1 Derzeitige Tätigkeit: _____
2.2 Seit wann ausgeübt: _____
2.3 Vorherige Tätigkeit: _____
2.4 **Übt die versicherte Person eine Nebentätigkeit aus?** Nein Ja, welche? _____

3 Angaben zu Hautbelastungen/Schutzmaßnahmen
3.1 Arbeitsstoffe (nach Möglichkeit konkret benennen): _____
Bemerkungen (auch zur Verschmutzung): _____
3.2 Feuchtarbeit: _____ Stunden pro Tag
Bemerkungen: _____
3.3 Handschutzzugezeiten (nur Okklusionszeiten): _____ Stunden pro Tag
Bemerkungen: _____
3.4 Handwaschfrequenz (Häufigkeit pro Schicht): _____

F 6050 0115 0101 0101 0101 0101

13

Hautarztbericht F 6050

Nebentätigkeit



Hautarztbericht – UV-Träger –
– Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention

1 Angaben zur versicherten Person
1.1 Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
1.2 Anschrift: _____ Telefon-Nr.: _____
1.3 Staatsangehörigkeit: _____ Geschlecht: **Weiblich** -v-
1.4 Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin (der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule): _____
1.5 Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds): _____

2 Angaben zur beruflichen Beschäftigung
2.1 Derzeitige Tätigkeit: _____
2.2 Seit wann ausgeübt: _____
2.3 Vorherige Tätigkeit: _____
2.4 **Übt die versicherte Person eine Nebentätigkeit aus?** Nein Ja, welche? _____

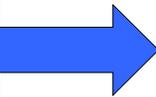
3 Angaben zu Hautbelastungen/Schutzmaßnahmen
3.1 Arbeitsstoffe (nach Möglichkeit konkret benennen): _____
Bemerkungen (auch zur Verschmutzung): _____
3.2 Feuchtarbeit: _____ Stunden pro Tag
Bemerkungen: _____
3.3 Handschutzzugezeiten (nur Okklusionszeiten): _____ Stunden pro Tag
Bemerkungen: _____
3.4 Handwaschfrequenz (Häufigkeit pro Schicht): _____

F 6050 0115 0101 0101 0101 0101

14

Hautarztbericht F 6050

HS-Tragezeiten
Waschfrequenz



Ihr Zeichen: _____
 Ihre Nachricht vom: _____
 Unter Zeichen: _____
 Ihr Ansprechpartner: _____
 Telefon: _____
 Fax: _____
 E-Mail: _____
 Datum: _____

Hautarztbericht – UV-Träger –
– Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention

1 Angaben zur versicherten Person

1.1 Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

1.2 Anschrift: _____ Telefon-Nr.: _____

1.3 Staatsangehörigkeit: _____ Geschlecht: **Weiblich**

1.4 Name und Anschrift des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin (der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule): _____

1.5 Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds): _____

2 Angaben zur beruflichen Beschäftigung

2.1 Derzeitige Tätigkeit: _____

2.2 Seit wann ausgeübt: _____

2.3 Vorherige Tätigkeit: _____

2.4 Utz die versicherte Person eine Nebentätigkeit aus? Nein Ja, welche? _____

3 Angaben zu Hautbelastungen/Schutzmaßnahmen

3.1 Arbeitsstoffe (nach Möglichkeit konkret benennen): _____

Bemerkungen (auch zur Verschmutzung): _____

3.2 Feuchtarbeit: _____ Stunden pro Tag

Bemerkungen: _____

3.3 Handschutzezeiten (nur Okklusionszellen): _____ Stunden pro Tag

Bemerkungen: _____

3.4 Handwaschfrequenz (Häufigkeit pro Schicht): _____

F 6050 2015, Stand 1.1.2015, 10.01.2015

15

Hautarztbericht F 6050

außerberufliche
Einwirkungen



- 2 -

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

3.5 Persönliche Schutzausrüstung:

– 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, usw.)?
 Nein Ja, welche? _____

4 Angaben zur Erkrankung

4.1 Wann ist die Hauterkrankung erstmals aufgetreten? _____

4.2 Lokalisation(en) der ersten Hauterscheinungen? _____

4.3 Art der Hautveränderungen? _____

4.4 Erfolgte deneben bereits eine ärztliche Behandlung? Nein Ja

Wenn ja, Zeitpunkt: durch mich durch anderen _____ Häufigkeit: _____ Anzeitsunfähigkeit

Zeitraum der _____ Arzt/in _____ Nein Ja

Behandlung _____ (Name, Anschrift) _____ (ggf. Zeitraum) _____ bis _____

4.5 Wurde ein Betriebsarzt/eine Betriebsärztin eingeschaltet bzw. informiert? Nein Ja

4.6 Wurden im Betrieb bereits arbeitsplatz- oder personenbezogene Maßnahmen durchgeführt?
 Nein Ja, welche? _____

4.7 Wurde die Erkrankung bereits gemeldet? Nein Ja, bei UV/T: _____

5 Hautbefund

5.1 Beurteilungsgrundlage:

Während der Berufstätigkeit Während arbeitsfreier Zeit (Arbeitsunfähigkeit/Urlaub)

Unter Cortisontherapie

5.2 Aktueller Hautbefund – bitte **Detaillangaben auf Beiblatt** –:

– Datum der Untersuchung: _____

– Lokalisation: _____

– Morphologie: _____

5.3 Atopie: (z. B. Neurodermatitis, vorübergehendes Handekzem inklusive Pompholyx, Juckreiz beim Schwitzen und nach dem Duschen, Öhrnagaden, Pityriasis alba, Herdortgezeihen, weißer Dermographismus)

– Anamnese: Keine Hinweise Ja, folgende: _____

– Klinik: Keine Hinweise Ja, folgende: _____

5.4 Sonstiger Befund (z. B. Psoriasis, Rosacea, seborrhoisches Ekzem): _____

16

Hautarztbericht F 6050

Nicht mehr:
„WO ...“

-2-

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

3.5 Persönliche Schutzausrüstung Ja, welche? Nein Ja, welche?
 - 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, usw.)?
 Nein Ja, welche? _____

4 Angaben zur Erkrankung

4.2 Lokalisation(en) der ersten Hauterscheinungen?

4.4 Erfolgte deswegen bereits eine ärztliche Behandlung? Nein Ja
 Wenn ja, Zeitpunkt: durch mich durch anderen Häufigkeit Arbeitsunfähigkeit
 Zeitraum der Behandlung: _____ Arzt/Kliniker (Name, Anschrift) Nein Ja
 (ggf. Zeitraum) _____ bis _____

4.5 Wurde ein Betriebsärztliche Betriebsärztin eingeschaltet bzw. informiert? Nein Ja

4.6 Wurden im Betrieb bereits arbeitsplatz- oder personenbezogene Maßnahmen durchgeführt?
 Nein Ja, welche? _____

4.7 Wurde die Erkrankung bereits gemeldet? Nein Ja, bei UVT: _____

5 Hautbefund

5.1 Beurteilungsgrundlage: Während der Berufstätigkeit Während arbeitsfreier Zeit (Arbeitsunfähigkeit/Urlaub)
 Unter Cortisontherapie

5.2 Aktueller Hautbefund – bitte **Detailangaben auf Beiblatt** –
 – Datum der Untersuchung: _____
 – Lokalisation: _____
 – Morphologie: _____

5.3 Atopie: (u. a. Beugenekezem, vorberufliches Handekzem inklusive Pompholyx, Juckreiz beim Schwitzen oder nach dem Duschen, Öhrnageladen, Pityriasis alba, Herdgeschehen, weißer Dermographismus)
 – Anamnesehaft: Keine Hinweise Ja, folgende: _____
 – Klinisch: Keine Hinweise Ja, folgende: _____

5.4 Sonstiger Befund (z. B. Psoriasis, Rosacea, seborrhoisches Ekzem): _____

17

Hautarztbericht F 6050

betriebliche
Maßnahmen?

-2-

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

3.5 Persönliche Schutzausrüstung Ja, welche? Nein Ja, welche?
 - 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, usw.)?
 Nein Ja, welche? _____

4 Angaben zur Erkrankung

4.1 Wann ist die Hauterkrankung erstmals aufgetreten? _____

4.2 Lokalisation(en) der ersten Hauterscheinungen?

4.3 Art der Hautveränderungen? _____

4.4 Erfolgte deswegen bereits eine ärztliche Behandlung? Nein Ja
 Wenn ja, Zeitpunkt: durch mich durch anderen Häufigkeit Arbeitsunfähigkeit
 Zeitraum der Behandlung: _____ Arzt/Kliniker (Name, Anschrift) Nein Ja
 (ggf. Zeitraum) _____ bis _____

4.5 Wurde ein Betriebsärztliche Betriebsärztin eingeschaltet bzw. informiert? Nein Ja

4.6 Wurden im Betrieb bereits arbeitsplatz- oder personenbezogene Maßnahmen durchgeführt?
 Nein Ja, welche? _____

4.7 Wurde die Erkrankung bereits gemeldet? Nein Ja, bei UVT: _____

5 Hautbefund

5.1 Beurteilungsgrundlage: Während der Berufstätigkeit Während arbeitsfreier Zeit (Arbeitsunfähigkeit/Urlaub)
 Unter Cortisontherapie

5.2 Aktueller Hautbefund – bitte **Detailangaben auf Beiblatt** –
 – Datum der Untersuchung: _____
 – Lokalisation: _____
 – Morphologie: _____

5.3 Atopie: (u. a. Beugenekezem, vorberufliches Handekzem inklusive Pompholyx, Juckreiz beim Schwitzen oder nach dem Duschen, Öhrnageladen, Pityriasis alba, Herdgeschehen, weißer Dermographismus)
 – Anamnesehaft: Keine Hinweise Ja, folgende: _____
 – Klinisch: Keine Hinweise Ja, folgende: _____

5.4 Sonstiger Befund (z. B. Psoriasis, Rosacea, seborrhoisches Ekzem): _____

18

Hautarztbericht F 6050

Datum der Untersuchung



-2-

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

3.5 Persönliche Schutzausrüstung:
 - Handschuhe: Ja, welche? Nein Ja, welche?
 - Hautschutzmittel: Ja, welche? Nein Ja, welche?
 - Hautreinigungsmittel: Ja, welche? Nein Ja, welche?
 - Hautpflegemittel: Ja, welche? Nein Ja, welche?
 Bemerkungen: _____

3.6 Bestehen außerberuflich nennenswerte Hautbelastungen (Haushalt, Hobbies, Gartenarbeit, usw.)?
 Nein Ja, welche? _____

4 Angaben zur Erkrankung

4.1 Wann ist die Hauterkrankung erstmals aufgetreten? _____

4.2 Lokalisation(en) der ersten Hauterscheinungen? _____

4.3 Art der Hautveränderungen? _____

4.4 Erfolgte deswegen bereits eine ärztliche Behandlung? Nein Ja
 Wenn ja, Zeitpunkt: durch mich durch andere(n) Häufigkeit: _____ Arbeitsunfähigkeit
 Zeitraum der Behandlung: _____ Arzt/Kliniker (Name, Anschrift) Nein Ja
 (ggf. Zeitraum) _____ bis _____

4.5 Wurde ein Betriebsarzt/ine Betriebsärztin eingeschaltet bzw. informiert? Nein Ja

4.6 Wurden im Betrieb bereits arbeitsplatz- oder personenbezogene Maßnahmen durchgeführt?
 Nein Ja, welche? _____

4.7 Wurde die Erkrankung bereits gemeldet? Nein Ja, bei UV/T: _____

5 Hautbefund

5.1 Beurteilungsgrundlage:
 Während der Berufstätigkeit Während arbeitsfreier Zeit (Arbeitsunfähigkeit/Urlaub)
 Unter Cortisontherapie

5.2 Aktueller Hautbefund – bitte Detailangaben auf Beiblatt –:
 – Datum der Untersuchung: _____
 – Lokalisation: _____
 – Morphie: _____

5.3 Atopie:
 (u. a. Beugenekezem, vorberufliches Handkezem inklusive Pompholyx, Juckreiz beim Schwitzen oder nach dem Duschen, Ohrringagden, Pityriasis alba, Herbtogeseichen, weißer Dermographismus)
 – Anamnese: Keine Hinweise Ja, folgende: _____
 – Klinisch: Keine Hinweise Ja, folgende: _____

5.4 Sonstiger Befund (z. B. Psoriasis, Rosacea, seborrhoisches Ekzem): _____

19

Hautarztbericht F 6050

konkrete Frage zu konstitutionellen Dermatosen



-2-

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

3.5 Persönliche Schutzausrüstung:
 - Handschuhe: Ja, welche? Nein Ja, welche?
 - Hautschutzmittel: Ja, welche? Nein Ja, welche?
 - Hautreinigungsmittel: Ja, welche? Nein Ja, welche?
 - Hautpflegemittel: Ja, welche? Nein Ja, welche?
 Bemerkungen: _____

3.6 Bestehen außerberuflich nennenswerte Hautbelastungen (Haushalt, Hobbies, Gartenarbeit, usw.)?
 Nein Ja, welche? _____

4 Angaben zur Erkrankung

4.1 Wann ist die Hauterkrankung erstmals aufgetreten? _____

4.2 Lokalisation(en) der ersten Hauterscheinungen? _____

4.3 Art der Hautveränderungen? _____

4.4 Erfolgte deswegen bereits eine ärztliche Behandlung? Nein Ja
 Wenn ja, Zeitpunkt: durch mich durch andere(n) Häufigkeit: _____ Arbeitsunfähigkeit
 Zeitraum der Behandlung: _____ Arzt/Kliniker (Name, Anschrift) Nein Ja
 (ggf. Zeitraum) _____ bis _____

4.5 Wurde ein Betriebsarzt/ine Betriebsärztin eingeschaltet bzw. informiert? Nein Ja

4.6 Wurden im Betrieb bereits arbeitsplatz- oder personenbezogene Maßnahmen durchgeführt?
 Nein Ja, welche? _____

4.7 Wurde die Erkrankung bereits gemeldet? Nein Ja, bei UV/T: _____

5 Hautbefund

5.1 Beurteilungsgrundlage:
 Während der Berufstätigkeit Während arbeitsfreier Zeit (Arbeitsunfähigkeit/Urlaub)
 Unter Cortisontherapie

5.2 Aktueller Hautbefund – bitte Detailangaben auf Beiblatt –:
 – Datum der Untersuchung: _____
 – Lokalisation: _____
 – Morphie: _____

5.3 Atopie:
 (u. a. Beugenekezem, vorberufliches Handkezem inklusive Pompholyx, Juckreiz beim Schwitzen oder nach dem Duschen, Ohrringagden, Pityriasis alba, Herbtogeseichen, weißer Dermographismus)
 – Anamnese: Keine Hinweise Ja, folgende: _____
 – Klinisch: Keine Hinweise Ja, folgende: _____

5.4 Sonstiger Befund (z. B. Psoriasis, Rosacea, seborrhoisches Ekzem): _____

20

Hautarztbericht F 6050

Relevanz-
Beurteilung !

- 3 -

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

6 Testungen

sind vorgesehen, voraussichtlich am _____

sind nicht vorgesehen

wurden von mir am _____ durchgeführt (Bitte Testprotokolle mit Angabe des Testkamerasystems beifügen.)

wurden von _____ durchgeführt (Bitte – wenn vorhanden – Testprotokolle beifügen.)

Falls Sensibilisierungen gegen Berufsallergene nachgewiesen wurden:

Allergen: _____ Klinische Relevanz: Nein Ja Derzeit nicht beurteilbar

Allergen: _____ Klinische Relevanz: Nein Ja Derzeit nicht beurteilbar

Allergen: _____ Klinische Relevanz: Nein Ja Derzeit nicht beurteilbar

Bemerkungen: _____

7 Diagnosen

8 Beurteilung

Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Hauterkrankung:

Nein Ja, folgende – bitte begründen –:

Besserung im Urlaub

Besserung in arbeitsfreier Zeit (z. B. andere Erkrankungen, Kurzarbeit)

Sonstige: _____

9 Empfehlungen

9.1 Therapie

– Basispflege-therapie: Nein Ja, welche? _____

– Andere Exzema: Nein Ja, Präparat/Wirkstoff? _____

– Physikalische Therapiemaßnahmen: Nein Ja, welche? _____

– Sonstige Maßnahmen: Nein Ja, welche? _____

Wiedervorstellung veranlasst am _____

Behandlung zu Lasten des UVT durch mich durch _____

9.2 Präventionsempfehlungen:

Hautschutzoptimierung

Beratung der versicherten Person durch einen Mitarbeiter/ine Mitarbeiterin des UVT

Hautschutztraining/Ambulantes Hautschutzseminar

Stationäre Heilbehandlung

Empfehlung zu beruflichen Hautmitteln

Empfehlung zu Schutzhandschuhen

Sonstige Maßnahmen (z. B. im privaten Bereich)

21

Hautarztbericht F 6050

konkrete Fragen zur
Berufskongruenz

- 3 -

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

6 Testungen

sind vorgesehen, voraussichtlich am _____

sind nicht vorgesehen

wurden von mir am _____ durchgeführt (Bitte Testprotokolle mit Angabe des Testkamerasystems beifügen.)

wurden von _____ durchgeführt (Bitte – wenn vorhanden – Testprotokolle beifügen.)

Falls Sensibilisierungen gegen Berufsallergene nachgewiesen wurden:

Allergen: _____ Klinische Relevanz: Nein Ja Derzeit nicht beurteilbar

Allergen: _____ Klinische Relevanz: Nein Ja Derzeit nicht beurteilbar

Allergen: _____ Klinische Relevanz: Nein Ja Derzeit nicht beurteilbar

Bemerkungen: _____

7 Diagnosen

8 Beurteilung

Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Hauterkrankung:

Nein Ja, folgende – bitte begründen –:

Besserung im Urlaub

Besserung in arbeitsfreier Zeit (z. B. andere Erkrankungen, Kurzarbeit)

Sonstige: _____

9 Empfehlungen

9.1 Therapie

– Basispflege-therapie: Nein Ja, welche? _____

– Andere Exzema: Nein Ja, Präparat/Wirkstoff? _____

– Physikalische Therapiemaßnahmen: Nein Ja, welche? _____

– Sonstige Maßnahmen: Nein Ja, welche? _____

Wiedervorstellung veranlasst am _____

Behandlung zu Lasten des UVT durch mich durch _____

9.2 Präventionsempfehlungen:

Hautschutzoptimierung

Beratung der versicherten Person durch einen Mitarbeiter/ine Mitarbeiterin des UVT

Hautschutztraining/Ambulantes Hautschutzseminar

Stationäre Heilbehandlung

Empfehlung zu beruflichen Hautmitteln

Empfehlung zu Schutzhandschuhen

Sonstige Maßnahmen (z. B. im privaten Bereich)

22

Hautarztbericht F 6050

konkrete Fragen zur Externatherapie

- 3 -

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

6 Testungen

sind vorgesehen, voraussichtlich am _____

sind nicht vorgesehen

wurden von mir am _____ durchgeführt

(Bitte Testprotokolle mit Angabe des Testkamersystems beifügen.)

wurden von _____ durchgeführt (Bitte – wenn vorhanden – Testprotokolle beifügen.)

Falls Sensibilisierungen gegen Berufsaltergene nachgewiesen wurden:

Allergen: _____ Klinische Relevanz: Nein Ja Derzeit nicht beurteilbar

Allergen: _____ Klinische Relevanz: Nein Ja Derzeit nicht beurteilbar

Allergen: _____ Klinische Relevanz: Nein Ja Derzeit nicht beurteilbar

Bemerkungen: _____

7 Diagnosen

8 Beurteilung

Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Hauterkrankung:

Nein Ja, folgende – bitte begründen –

Besserung im Urlaub

Besserung in arbeitsfreier Zeit (z. B. andere Erkrankungen, Kurzarbeit)

Sonstige: _____

9 Empfehlungen

9.1 Therapie

– Basispflege-therapie: Nein Ja, welche? _____

– Andere Externa: Nein Ja, Präparat/Wirkstoff? _____

– Physikalische Therapiemaßnahmen: Nein Ja, welche? _____

– Sonstige Maßnahmen: Nein Ja, welche? _____

Wiedervorstellung veranlasst am _____

Behandlung zu Lasten des UVT durch mich durch _____

9.2 Präventionsempfehlungen:

Hautschutzoptimierung

Beratung der versicherten Person durch einen Mitarbeiter/ine Mitarbeiterin des UVT

Hautschutztraining/Ambulantes Hautschutzseminar

Stationäre Heilbehandlung

Empfehlung zu beruflichen Hautmitteln

Empfehlung zu Schutzhandschuhen

Sonstige Maßnahmen (z. B. im privaten Bereich)

23

Hautarztbericht F 6050

konkrete Fragen zur Prävention

- 3 -

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

6 Testungen

sind vorgesehen, voraussichtlich am _____

sind nicht vorgesehen

wurden von mir am _____ durchgeführt

(Bitte Testprotokolle mit Angabe des Testkamersystems beifügen.)

wurden von _____ durchgeführt (Bitte – wenn vorhanden – Testprotokolle beifügen.)

Falls Sensibilisierungen gegen Berufsaltergene nachgewiesen wurden:

Allergen: _____ Klinische Relevanz: Nein Ja Derzeit nicht beurteilbar

Allergen: _____ Klinische Relevanz: Nein Ja Derzeit nicht beurteilbar

Allergen: _____ Klinische Relevanz: Nein Ja Derzeit nicht beurteilbar

Bemerkungen: _____

7 Diagnosen

8 Beurteilung

Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Hauterkrankung:

Nein Ja, folgende – bitte begründen –

Besserung im Urlaub

Besserung in arbeitsfreier Zeit (z. B. andere Erkrankungen, Kurzarbeit)

Sonstige: _____

9 Empfehlungen

9.1 Therapie

– Basispflege-therapie: Nein Ja, welche? _____

– Andere Externa: Nein Ja, Präparat/Wirkstoff? _____

– Physikalische Therapiemaßnahmen: Nein Ja, welche? _____

– Sonstige Maßnahmen: Nein Ja, welche? _____

Wiedervorstellung veranlasst am _____

Behandlung zu Lasten des UVT durch mich durch _____

9.2 Präventionsempfehlungen:

Hautschutzoptimierung

Beratung der versicherten Person durch einen Mitarbeiter/ine Mitarbeiterin des UVT

Hautschutztraining/Ambulantes Hautschutzseminar

Stationäre Heilbehandlung

Empfehlung zu beruflichen Hautmitteln

Empfehlung zu Schutzhandschuhen

Sonstige Maßnahmen (z. B. im privaten Bereich)

24

Hautarztbericht F 6050

Droht Aufgabe?
Jetzt eigener Abschnitt

- 4 -

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
----------------	---------------

10 Aufgabe der derzeit ausgeübten Tätigkeit:

Tätigkeit kann voraussichtlich weiter ausgeübt werden.

Tätigkeitsaufgabe droht, weil:

Datenschutz:
Über den Zweck des Hautarztberichts und dessen Verwendung habe ich informiert.

Rechnung	
Pauschbetrag	EUR
Porto	EUR
zusammen	EUR

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN und BIC) –

Unterschrift des Arztes/der Ärztin Anschrift/Stampel des Arztes/der Ärztin

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 130) und Auslagen nach der UV-GOÄ. Darin enthalten ist die Untersuchung nach Nr. 1 bzw. Nr. 8 UV-GOÄ.

Verteiler
Unfallversicherungsträger
Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin

Qualitätszirkel-Berichte 25

Hautarztbericht F 6050

Verteiler:
UVT, beh. Arzt,
nicht mehr: KK

- 4 -

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
----------------	---------------

10 Aufgabe der derzeit ausgeübten Tätigkeit:

Tätigkeit kann voraussichtlich weiter ausgeübt werden.

Tätigkeitsaufgabe droht, weil:

Datenschutz:
Über den Zweck des Hautarztberichts und dessen Verwendung habe ich informiert.

Rechnung	
Pauschbetrag	EUR
Porto	EUR
zusammen	EUR

Rechnungsnummer	Institutionskennzeichen (IK)
	Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN und BIC) –

Unterschrift des Arztes/der Ärztin Anschrift/Stampel des Arztes/der Ärztin

Sie erhalten eine Gebühr (Nr. 130) und Auslagen nach der UV-GOÄ. Darin enthalten ist die Untersuchung nach Nr. 1 bzw. Nr. 8 UV-GOÄ.

Verteiler
Unfallversicherungsträger
Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin

Qualitätszirkel-Berichte 26

Hautarztbericht F 6052

Nebentätigkeit

HS-Tragezeiten
Waschfrequenz

Ihr Zeichen: _____
 Ihre Nachtricht vom: _____
 Unser Zeichen: _____
 Ihr Ansprechpartner: _____
 Telefon: _____
 Fax: _____
 E-Mail: _____
 Datum: _____

Hautarztbericht – UV-Träger –
– Behandlungsverlauf

1 Angaben zur versicherten Person
1.1 Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

2 Angaben zur beruflichen Beschäftigung 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): _____
3.2 Feuchtarbeit: Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht
Stunden pro Tag _____
Bemerkungen: _____

3.3 Handschutzhäufigkeit (nur Okklusion): Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht
Stunden pro Tag _____
Bemerkungen: _____

3.4 Handwaschfrequenz (Häufigkeit pro Schicht): Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

27

Hautarztbericht F 6052

konkrete Fragen
zum Verlauf

- 2 -

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

3.5 Persönliche Schutzausrüstung: 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, usw.)?
 Ja Nein Ja, welche? _____

4 Angaben zur Erkrankung
– Verlauf seit letzter Berichterstattung

4.1 Behandlungstage _____

4.2 Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen der arbeitsbedingten Hauterkrankung
 Nein Ja, von _____ bis (voraussichtlich) _____

4.3 Hautzustand Unverändert Besserung seit _____ Verschlechterung seit _____

4.4 Keine Hinweise Ja, folgende _____

5.1 Beurteilungsgrundlage: Während der Berufstätigkeit Während arbeitsfreier Zeit (Arbeitsunfähigkeit/Urlaub)
 Unter Cortisontherapie

5.2 Aktueller Hautbefund – bitte Detailangaben auf Beiblatt –:
– Datum der Untersuchung: _____
– Lokalisation: _____
– Morphe: _____

5.3 Atopie (z. B. Bienenstich, vorübergehendes Handekzem inklusive Pompholy, Juckreiz beim Scheiteln und nach dem Duschen, Ohrnagelentzündung, Psoriasis abh. Herdtopfzeichen, weißer Dermographismus)
– Klinisch: Keine Hinweise Ja, folgende _____

5.4 Sonstiger Befund (z. B. Psoriasis, Rosacea, sebomisches Ekzem): _____

6 Diagnosen _____

7 Beurteilung
Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Hauterkrankung:
 Nein Ja, folgende – bitte begründen –
 Besserung im Urlaub
 Besserung in arbeitsfreier Zeit (z. B. andere Erkrankungen, Kurzarbeit)
 Sonstige: _____

28

Hautarztbericht F 6052

Datum der Untersuchung

konkrete Frage zu
konstitutionellen
Dermatosen

-2-

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

3.5 Persönliche Schutzausrüstung: Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht
 - Handschuhe: Nein Ja, welche?
 - Hautschutzmittel: Nein Ja, welche?
 - Hautreinigungsmittel: Nein Ja, welche?
 - Hautpflegeartikel: Nein Ja, welche?
 Bemerkungen: _____

3.6 Bestehen außerberuflich nennenswerte Hautbelastungen (Haushalt, Hobbies, Gartenarbeit, usw.)?
 Nein Ja, welche?

4 Angaben zur Erkrankung
 - Verlauf seit letzter Berichterstattung

4.1 Behandlungstage _____

4.2 Arbeitsfähigkeitszeiten wegen der arbeitsbedingten Hauterkrankung
 Nein Ja, von _____ bis (voraussichtlich) _____

4.3 Hautzustand
 Unverändert
 Besserung, seit _____
 Verschlechterung, seit _____

5 Hautbefund

5.1 Beurteilunggrundlage:
 Während der Berufstätigkeit Während arbeitsfreier Zeit (Arbeitsfähigkeit/Urlaub)
 Unter Cortisontherapie

5.2 Aktueller Hautbefund - bitte Detailsangaben auf Beiblatt -:
 - Datum der Untersuchung: _____
 - Lokalisation: _____
 - Morphie: _____

5.3 Atopie:
 (u. a. Begleikerzern, vorberufliches Handekzem inklusive Pompholy, Juckreiz beim Schwitzen oder nach dem Duschen, Ohrhagaden, Pityriasis alba, Herptogezeichen, weißer Dermographismus)
 Keinesfalls Keine Hinweise Ja, folgende _____

5.4 Sonstiger Befund (z. B. Psoriasis, Rosacea, seborrhoisches Ekzem): _____

6 Diagnosen _____

7 Beurteilung
 Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Hauterkrankung:
 Nein Ja, folgende - bitte begründen -
 Besserung im Urlaub
 Besserung in arbeitsfreier Zeit (z. B. andere Erkrankungen, Kurzarbeit)
 Sonstige _____

29

Hautarztbericht F 6052

konkrete Fragen zur
Berufskongruenz

-2-

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

3.5 Persönliche Schutzausrüstung: Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht
 - Handschuhe: Nein Ja, welche?
 - Hautschutzmittel: Nein Ja, welche?
 - Hautreinigungsmittel: Nein Ja, welche?
 - Hautpflegeartikel: Nein Ja, welche?
 Bemerkungen: _____

3.6 Bestehen außerberuflich nennenswerte Hautbelastungen (Haushalt, Hobbies, Gartenarbeit, usw.)?
 Nein Ja, welche?

4 Angaben zur Erkrankung
 - Verlauf seit letzter Berichterstattung

4.1 Behandlungstage _____

4.2 Arbeitsfähigkeitszeiten wegen der arbeitsbedingten Hauterkrankung
 Nein Ja, von _____ bis (voraussichtlich) _____

4.3 Hautzustand
 Unverändert
 Besserung, seit _____
 Verschlechterung, seit _____

5 Hautbefund

5.1 Beurteilunggrundlage:
 Während der Berufstätigkeit Während arbeitsfreier Zeit (Arbeitsfähigkeit/Urlaub)
 Unter Cortisontherapie

5.2 Aktueller Hautbefund - bitte Detailsangaben auf Beiblatt -:
 - Datum der Untersuchung: _____
 - Lokalisation: _____
 - Morphie: _____

5.3 Atopie:
 (u. a. Begleikerzern, vorberufliches Handekzem inklusive Pompholy, Juckreiz beim Schwitzen oder nach dem Duschen, Ohrhagaden, Pityriasis alba, Herptogezeichen, weißer Dermographismus)
 Keinesfalls Keine Hinweise Ja, folgende _____

5.4 Sonstiger Befund (z. B. Psoriasis, Rosacea, seborrhoisches Ekzem): _____

6 Diagnosen _____

7 Beurteilung
 Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Hauterkrankung:
 Nein Ja, folgende - bitte begründen -
 Besserung im Urlaub
 Besserung in arbeitsfreier Zeit (z. B. andere Erkrankungen, Kurzarbeit)
 Sonstige _____

30

2

konkrete Fragen zur
Externatherapie

- 3 -

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

8 Empfehlungen

8.1 Therapie

- Basistherapie: Nein Ja, welche?
- Andere Externa: Nein Ja, Präparat/Wirkstoff?
- Physikalische Therapiemaßnahmen: Nein Ja, welche?
- Sonstige Maßnahmen: Nein Ja, welche?

Wiedervorstellung veranlasst am _____

Behandlung zu Lasten des UVT durch mich durch _____

8.2 Präventionsempfehlungen:

- Hautschutzempfehlung
- Beratung der versicherten Person durch einen Mitarbeiter/ine Mitarbeiterin des UVT
- Hautschutztraining/Ambulantes Hautschutzseminar
- Stationäre Heilbehandlung zu Lasten des UVT
- Empfehlung zu beruflichen Hautmitteln
- Empfehlung zu Schutzhandschuhen
- Sonstige Maßnahmen (z. B. im privaten Bereich)

9 Aufgabe der derzeit ausgeübten Tätigkeit:

- Tätigkeit kann voraussichtlich weiter ausgeübt werden.
- Tätigkeitsaufgabe droht, weil: _____

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 (BAN und BIC) –

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
Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin

31

2

konkrete Fragen zur
Prävention

- 3 -

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

8 Empfehlungen

8.1 Therapie

- Basistherapie: Nein Ja, welche?
- Andere Externa: Nein Ja, Präparat/Wirkstoff?
- Physikalische Therapiemaßnahmen: Nein Ja, welche?
- Sonstige Maßnahmen: Nein Ja, welche?

Wiedervorstellung veranlasst am _____

8.2 Präventionsempfehlungen:

- Hautschutzempfehlung
- Beratung der versicherten Person durch einen Mitarbeiter/ine Mitarbeiterin des UVT
- Hautschutztraining/Ambulantes Hautschutzseminar
- Stationäre Heilbehandlung zu Lasten des UVT
- Empfehlung zu beruflichen Hautmitteln
- Empfehlung zu Schutzhandschuhen
- Sonstige Maßnahmen (z. B. im privaten Bereich)

9 Aufgabe der derzeit ausgeübten Tätigkeit:

- Tätigkeit kann voraussichtlich weiter ausgeübt werden.
- Tätigkeitsaufgabe droht, weil: _____

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 (BAN und BIC) –

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
Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin

32

Hautarztbericht F 6052

Droht Aufgabe?
Jetzt eigener Abschnitt

- 3 -

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

8 Empfehlungen

8.1 Therapie

- Basistherapie: Nein Ja, welche? _____
- Andere Externa: Nein Ja, Präparat/Wirkstoff? _____
- Physikalische Therapiemaßnahmen: Nein Ja, welche? _____
- Sonstige Maßnahmen: Nein Ja, welche? _____

Wiedervorstellung veranlasst am _____

Behandlung zu Lasten des UV? durch mich durch _____

8.2 Präventionsempfehlungen:

- Hautschutzschulung
- Beratung der betroffenen Person durch einen Mitarbeiter/ine Mitarbeiterin des UV?
- Hautschutztraining/Ambulantes Hautschutzseminar
- Stationäre Heilbehandlung zu Lasten des UV?
- Empfehlung zu beruflichen Hautmitteln
- Empfehlung zu Schutzhandschuhen
- ~~Statische Maßnahmen/Schutzkleidung~~

9 Aufgabe der derzeit ausgeübten Tätigkeit:

- Tätigkeit kann voraussichtlich weiter ausgeübt werden.
- Tätigkeitsaufgabe droht, weil: _____

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 (BAN und BIC) –

Unterschrift des Arztes/der Ärztin _____ Anschrift/Stempel des Arztes/der Ärztin _____

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

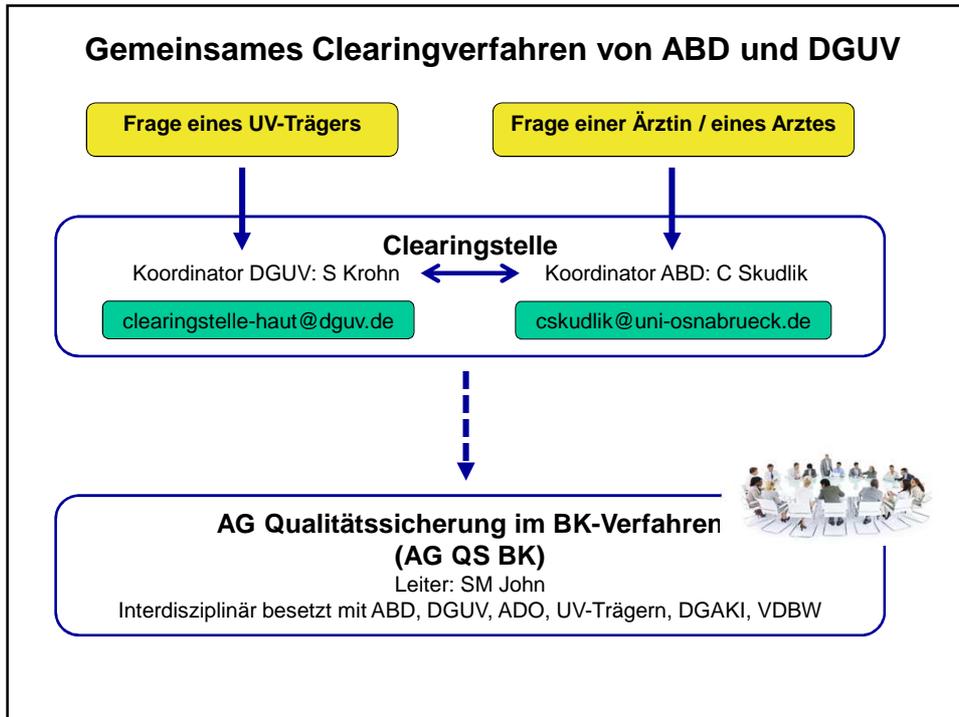
Verteiler:
Unfallversicherungsträger
Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin

33

Meinungsverschiedenheit im Hautarztverfahren:

Was tun?





Klärung divergenter Beurteilungen zwischen in das Hautarztverfahren involvierten Hautärzten und UVT / Vermittlung bei Streitfällen:

Häufig hilfreich für „beide Seiten“:

DGUV-Verfahrensbeschreibung

Hautarztverfahren

(zusammen mit ABD erarbeitet)