

# FÜR DEN ARBEITGEBER

## Untersuchungsbogen „Überdruck“ (Grundsatz G 31) – Ärztliche Bescheinigung –

Arbeit in Druckluft

Taucherarbeiten

<b>Angaben zur Person der / des Versicherten</b>	Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers <div style="float: right; margin-left: 20px;">                     Tag Monat Jahr  <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>                      Geburtsdatum                 </div>			
	Familienname	Vorname		
	Geburtsname	Staatsangeh.		
	Straße			
	Postleitzahl und Ort			
<b>Anschrift des Arbeitgebers</b>	Betriebs-Nr. des Arbeitsamtes <div style="float: right; margin-left: 20px;">                     Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger                     <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/> </div>	Nr. des Unfallversicherungsträgers <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>		
	Name			
	Straße			
	Postleitzahl und Ort			
	Art der Tätigkeit: Frühere Tätigkeiten in Überdruck (mit Zeitangaben):			
Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> vorz. Nachuntersuchung <input type="checkbox"/>		keine gesundheitlichen Bedenken *) <input type="checkbox"/>  keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen *) <input type="checkbox"/>  gesundheitliche Bedenken *) <input type="checkbox"/>	Vorsorgeuntersuchung am: <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/> Tag      Monat      Jahr	
Besonders nach Druckfallerkrankung einer Erkrankung von länger als 6 Wochen oder mehrmaliger Erkrankung innerhalb von 6 Monaten ist durch Vorstellung beim ermächtigten Arzt zu entscheiden, ob ein Einsatz in Überdruck weiter zulässig oder ob vorzeitige Nachuntersuchung erforderlich ist.		dauernd <input type="checkbox"/>  befristet bis <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>	Nächste Untersuchung: <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/> Monat      Jahr	
*) Bemerkungen: (bitte hier Empfehlungen bei Bedenken, Auflagen, Bedingungen, Gründe für die vorzeitige Nachuntersuchung bzw. für befristete Bedenken eintragen. Empfehlungen an den Versicherten hinsichtlich medizinischer Maßnahmen können hier nur aufgeführt werden, wenn die ärztl. Schweigepflicht dem nicht entgegensteht, sonst nur auf der Durchschrift für den Versicherten – Blatt 2.)				

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

Sie sind berechtigt, eine Entscheidung Ihrer Berufsgenossenschaft oder der zuständigen Behörde herbeizuführen, wenn Sie die Bescheinigung für unzutreffend halten.

# FÜR DEN VERSICHERTEN

## Untersuchungsbogen „Überdruck“ (Grundsatz G 31) – Ärztliche Bescheinigung –

Arbeit in Druckluft

Taucherarbeiten

<b>Angaben zur Person der / des Versicherten</b>	Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers	Tag Monat Jahr <input style="width: 100%;" type="text"/>			
		Geburtsdatum <input style="width: 100%;" type="text"/>			
	Familienname	Vorname			
	Geburtsname	Staatsangeh.			
	Straße				
	Postleitzahl und Ort				
<b>Anschrift des Arbeitgebers</b>	Betriebs-Nr. des Arbeitsamtes	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Nr. des Unfallversicherungsträgers <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Name				
	Straße				
	Postleitzahl und Ort				
<b>Sie sind berechtigt, eine Entscheidung Ihrer Berufsgenossenschaft oder der zuständigen Behörde herbeizuführen, wenn Sie die Bescheinigung für unzutreffend halten.</b>	Art der Tätigkeit:		keine gesundheitlichen Bedenken *) <input type="checkbox"/>		Vorsorgeuntersuchung am:
	Frühere Tätigkeiten in Überdruck (mit Zeitangaben):		keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen *) <input type="checkbox"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>
					Tag      Monat      Jahr
	Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> vorz. Nachuntersuchung <input type="checkbox"/>		gesundheitliche Bedenken *) <input type="checkbox"/>		Nächste Untersuchung:
	Besonders nach Druckfallerkrankung einer Erkrankung von länger als 6 Wochen oder mehrmaliger Erkrankung innerhalb von 6 Monaten ist durch Vorstellung beim ermächtigten Arzt zu entscheiden, ob ein Einsatz in Überdruck weiter zulässig oder ob vorzeitige Nachuntersuchung erforderlich ist.		dauernd		<input style="width: 100%;" type="text"/>
		befristet bis <input style="width: 100%;" type="text"/>		Monat      Jahr	
<p>*) Bemerkungen: (bitte hier Empfehlungen bei Bedenken, Auflagen, Bedingungen, Gründe für die vorzeitige Nachuntersuchung bzw. für befristete Bedenken eintragen. Empfehlungen an den Versicherten hinsichtlich medizinischer Maßnahmen können hier nur aufgeführt werden, wenn die ärztl. Schweigepflicht dem nicht entgegensteht, sonst nur auf der Durchschrift für den Versicherten – Blatt 2.)</p>					
Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes					

**Untersuchungsbogen „Überdruck“ (Grundsatz G 31)**  
**– Ärztliche Bescheinigung –**

Arbeit in Druckluft

Taucherarbeiten

Angaben zur Person der / des Versicherten	Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers <span style="float: right;">Tag Monat Jahr  ----- ----- ----- </span>	Geburtsdatum  ----- -----	
	Familienname		Vorname
	Geburtsname		Staatsangeh.
	Straße		
Postleitzahl und Ort			

Anschrift des Arbeitgebers	Betriebs-Nr. des Arbeitsamtes <span style="float: right;"> ----- ----- </span>	Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger <span style="float: right;"> ----- ----- </span>	Nr. des Unfallversicherungsträgers <span style="float: right;"> ----- </span>
	Name		
	Straße		
	Postleitzahl und Ort		

Sie sind berechtigt, eine Entscheidung Ihrer Berufsgenossenschaft oder der zuständigen Behörde herbeizuführen, wenn Sie die Bescheinigung für unzutreffend halten.	Art der Tätigkeit:	keine gesundheitlichen Bedenken *) <input type="checkbox"/>	Vorsorgeuntersuchung am:  ----- ----- -----  Tag Monat Jahr	
	Frühere Tätigkeiten in Überdruck (mit Zeitangaben):			keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen *) <input type="checkbox"/>
	Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> vorz. Nachuntersuchung <input type="checkbox"/>	gesundheitliche Bedenken *) <input type="checkbox"/>	Nächste Untersuchung:  ----- ----- -----  Monat Jahr	
	Besonders nach Druckfallerkrankung einer Erkrankung von länger als 6 Wochen oder mehrmaliger Erkrankung innerhalb von 6 Monaten ist durch Vorstellung beim ermächtigten Arzt zu entscheiden, ob ein Einsatz in Überdruck weiter zulässig oder ob vorzeitige Nachuntersuchung erforderlich ist.		dauernd	----- ----- -----  Monat Jahr
	*) Bemerkungen: (bitte hier Empfehlungen bei Bedenken, Auflagen, Bedingungen, Gründe für die vorzeitige Nachuntersuchung bzw. für befristete Bedenken eintragen. Empfehlungen an den Versicherten hinsichtlich medizinischer Maßnahmen können hier nur aufgeführt werden, wenn die ärztl. Schweigepflicht dem nicht entgegensteht, sonst nur auf der Durchschrift für den Versicherten – Blatt 2.)		befristet bis  ----- ----- -----	

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

Arbeitsanamnese (Zwischenfälle, Erkrankungen):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Letzte Röntgenuntersuchung: Datum: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_

Ergebnis:

Familienanamnese

**ANAMNESE** (Wenn keine Angaben, Leerkästchen ausnullen; bei Platzmangel bitte Rückseite benutzen.)      **BEFUND** (Wenn kein Befund, Leerkästchen ausnullen; bei Platzmangel bitte Rückseite benutzen.)

01	<input type="checkbox"/>	Lungen	21	<input type="checkbox"/>	Allgemeinzustand
02	<input type="checkbox"/>	Herz	22	<input type="checkbox"/>	Kopf / NAP
03	<input type="checkbox"/>	Magen	23	<input type="checkbox"/>	Visus / Pupillen / Nystagmus
04	<input type="checkbox"/>	Leber	24	<input type="checkbox"/>	Trommelfelle / Gehör
05	<input type="checkbox"/>	Niere	25	<input type="checkbox"/>	Nase / Tuben
06	<input type="checkbox"/>	Endokrin / Blut	26	<input type="checkbox"/>	Mundhöhle / Gebiß
07	<input type="checkbox"/>	Rheuma	27	<input type="checkbox"/>	Hals
08	<input type="checkbox"/>	Wirbelsäule	28	<input type="checkbox"/>	Thorax
09	<input type="checkbox"/>	Gelenke	29	<input type="checkbox"/>	Herz (EKG s. u.)
10	<input type="checkbox"/>	Nerven, Gemüt	30	<input type="checkbox"/>	Lunge (Röntgen s. u.)
11	<input type="checkbox"/>	HNO	31	<input type="checkbox"/>	Leib
12	<input type="checkbox"/>	Augen	32	<input type="checkbox"/>	Leber / Milz
13	<input type="checkbox"/>	Haut / Venen / Allergien	33	<input type="checkbox"/>	Hernien
14	<input type="checkbox"/>	Operationen	34	<input type="checkbox"/>	Wirbelsäule
15	<input type="checkbox"/>	Unfälle	35	<input type="checkbox"/>	Extremitäten / Gelenke
16	<input type="checkbox"/>	Kliniken / Kuren	36	<input type="checkbox"/>	Haut / Varizen
17	<input type="checkbox"/>	Nikotin	37	<input type="checkbox"/>	Nervensystem / Reflexe
18	<input type="checkbox"/>	Alkohol	38	<input type="checkbox"/>	Psyche / Intelligenz
19	<input type="checkbox"/>	Sportler / Taucher	39	<input type="checkbox"/>	Labor (s. u.)
20	<input type="checkbox"/>	jetzige Beschwerden	40	<input type="checkbox"/>	Kreislauf (s. u.)
			41	<input type="checkbox"/>	EKG
			42	<input type="checkbox"/>	Röntgen – Thorax
			43	<input type="checkbox"/>	Sonstiges

Kreislauf	RR	Puls (Ruhe):	Größe	cm	Gewicht	kg
Dauer u. Art der Belastung:			Vitalkap.	ml	Atemstoß	%
sofort	RR	Puls	Blut: BSG		Hb	g / dl
nach	min RR	Puls				
nach	min RR	Puls	Urin	E	Z	Ubg Ery
nach	min RR	Puls				

Bemerkungen (z. B. Begründung der ärztlichen Bedenken):