

[...]

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 <small>Bitte den Hautbefund <u>an beruflich exponierten Arealen</u> mit Lokalisation und Morphe beschreiben</small>	Diagnose (inkl. ICD 10) <sup>1</sup>	Beurteilung <small>- Während der Arbeit - In arbeitsfreier Zeit - Unter Therapie, z. B. Kortison</small> (Mehrfachnennungen möglich)	Arbeitsunfähigkeit <small>wegen der Hauterkrankung bescheinigt</small>  Von - Bis	Hauterkrankung vollständig abgeheilt?
[...]	[...]	[...]	<input type="checkbox"/> Während der Arbeit <input type="checkbox"/> In arbeitsfreier Zeit <input type="checkbox"/> Unter Therapie, z. B. Kortison	[...]	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit: [...]
[...]	[...]	[...]	<input type="checkbox"/> Während der Arbeit <input type="checkbox"/> In arbeitsfreier Zeit <input type="checkbox"/> Unter Therapie, z. B. Kortison	[...]	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit: [...]
[...]	[...]	[...]	<input type="checkbox"/> Während der Arbeit <input type="checkbox"/> In arbeitsfreier Zeit <input type="checkbox"/> Unter Therapie, z. B. Kortison	[...]	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit: [...]

<sup>1</sup> 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 [...]	<b>Institutionskennzeichen (IK)</b> [...] <b>Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –</b>
--------------------------	--

\_\_\_\_\_  
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

