

O. Hagemeyer<sup>1</sup>  
E. Mannes<sup>2</sup>  
D. Koppisch<sup>1</sup>  
H. Otten<sup>1</sup>  
D. Dahmann<sup>3</sup>

## Neuer Dokumentationsbogen für Untersuchungen nach G1

*New Documentation Sheet for Medical Examination Due to Exposures to Dust*

### Zusammenfassung

Mit Beginn des Sommers 2004 wird ein neuer Dokumentationsbogen für die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nach den Berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen G 1.1, 1.2 und 1.3 den bisherigen ersetzen. Im Folgenden werden der neue Untersuchungsbogen vorgestellt und die Änderungen erläutert.

### Abstract

With beginning of the year 2004 a new documentation sheet for occupational preventive medical examinations according to exposures to mineral dust (quartz, asbestos, ceramic fibres) will replace the existing sheet. The new investigation sheet is presented in this publication and changes are described.

### Einleitung

Als Beitrag zur Qualitätssicherung und als Hilfestellung für die nach G 1 ermächtigten Ärzte wurde schon 1975 ein standardisiertes Formblatt zur Dokumentation der erhobenen Befunde entwickelt (VA2 – G1 Untersuchungsbogen „Mineralischer Staub“). Die alltägliche Erfahrung zeigt, dass dieser – mehrfach weiterentwickelte – Untersuchungsbogen nicht nur bei den Einrichtungen der Unfallversicherungsträger, sondern auch in der betriebsärztlichen Praxis auf breite Akzeptanz stößt. Seit 2001 ist der Untersuchungsbogen auch maschinenlesbar. Neben Hinweisen zur Anamnese und einem körperlichen Untersuchungsbefund wird insbesondere auch der radiologische Befund an-

hand der ILO-Pneumokonioseklassifikation dokumentiert. Die Notwendigkeit, die neue Klassifikation der ILO (so genannte ILO 2000, Bundesrepublik) in den Bogen einzuarbeiten, wurde zum Anlass genommen, den Untersuchungsbogen in seiner Gesamtheit einer gründlichen Revision zu unterziehen. Im Folgenden wird der neue Untersuchungsbogen vorgestellt und erläutert. Da ab 2004 auch bei den Untersuchungen im Auftrag der Zentralen Betreuungsstelle Wismut (ZeBWis) ein neuer Dokumentationsbogen eingesetzt wird und dieser mit dem Untersuchungsbogen „Mineralischer Staub“ weitgehend identisch ist, wird auch dieser Bogen hier vorgestellt.

#### Institutsangaben

<sup>1</sup>Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Zentrale Betreuungsstelle Wismut (ZeBWis), Sankt Augustin

<sup>2</sup>Zentrale Erfassungsstelle asbeststaubgefährdeter Arbeitnehmer (ZAs), Augsburg

<sup>3</sup>Institut für Gefahrstoff-Forschung der Bergbau-BG, Bochum

#### Danksagung

HVBC, ZAs und ZeBWis danken den beratenden Sachverständigen (AG 8.3 im Ausschuss Arbeitsmedizin und Zweitbeurteiler) für die Unterstützung.

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Olaf Hagemeyer · Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften · Zentrale Betreuungsstelle Wismut (ZeBWis) · Alte Heerstr. 111 · 53757 Sankt Augustin  
E-mail: olaf.Hagemeyer@hvb.de

#### Bibliografie

Pneumologie 2004; 58: 357–364 · © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
DOI 10.1055/s-2004-818421  
ISSN 0934-8387

## Anwendungsbereich

Der Untersuchungsbogen „Mineralischer Staub“ soll bei den arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nach G 1.1 (Quarzhaltiger Staub), G 1.2 (Asbestfaserhaltiger Staub) und G 1.3 (Keramikfaserhaltiger Staub) bei Erst- und Nachuntersuchungen und bei nachgehenden Untersuchungen nach G 1.2 und G 1.3 verwendet werden. Der Untersuchungsbogen findet keine Verwendung bei der Untersuchungen nach G 1.4 (Allgemeine Staubbelastung).

### Besonderheiten bei ZeBWis

Bei nachgehenden Untersuchungen ehemaliger Uranerzbergleute im Auftrag der Zentralen Betreuungsstelle Wismut (ZeBWis) wird ein weitgehend identischer Bogen verwendet, der sich nur in der ersten Seite („Satz I“) unterscheidet.

### Äußere Form

Zur erleichterten Datenerfassung mittels Scannern wurde das Papierformat geändert (DIN-A 4) und auf den bisher verwendeten Durchschreibesatz verzichtet. Aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit besteht der Untersuchungsbogen jetzt aus vier Seiten (Satz I bis IV), wobei der Druck schwarz auf weißem Papier erfolgt. Der Untersuchungsbogen wird zusätzlich auch als PDF-Datei zum Herunterladen und Ausdrucken im Internet kostenlos zur Verfügung gestellt ([www.textil-bg.de/ZAS/index\\_zas.htm](http://www.textil-bg.de/ZAS/index_zas.htm)). Zum Ausfüllen soll möglichst ein schwarzer Stift verwendet werden.

### Besonderheit bei ZeBWis

Die erforderlichen Untersuchungsbögen werden den beauftragten Ärzten weiterhin durch ZeBWis zur Verfügung gestellt. Zur besseren Kennzeichnung dieser Untersuchungen wird weiterhin ein in roter Blindfarbe gedruckter Bogen eingesetzt.

### Satz I Angaben zum Versicherten und arbeitsmedizinische Beurteilung (Abb. 1)

(1) Auf Satz I ist das Feld „Auf Satz I oder III wurden Freitextzonen ausgefüllt“ ersatzlos entfallen, im Übrigen wurden keine Änderungen vorgenommen.

### Besonderheit bei ZeBWis

Satz I des ZeBWis-Bogens unterscheidet sich vollständig vom G1-Untersuchungsbogen (Abb. 2). Neben Daten zur Identifizierung kann eine Empfehlung zum Untersuchungsabstand gegeben werden, wenn dieser aufgrund der ärztlichen Beurteilung von der allgemeinen, risikoabhängigen und auf dem Konzept der differenzierten Vorsorge basierenden Empfehlung abweicht. Die abweichende Empfehlung durch den Arzt ist zu begründen. Weiterhin sind Felder anzukreuzen, wenn Laboruntersuchungen durchgeführt worden sind und eine Beratung zur Tabakentwöhnung erfolgte.

### Satz II Arbeitsanamnese und Beschwerdeanamnese (Abb. 3)

(2) Die „Arbeitsanamnese“ ist gegenüber der bisherigen Form unverändert. Es ist aber zusätzlich ein Ergänzungsblatt erarbeitet und ebenfalls über das Internet herunterzuladen, das – bei fehlender bzw. unzureichender Arbeitsanamnese – einmalig anzuwenden ist.

### Besonderheit bei ZeBWis

Dieser Teil des Untersuchungsbogens braucht nicht ausgefüllt zu werden.

### Beschwerdeanamnese

(3) Neu eingefügt wurden die Fragen nach Hämoptysen (Frage 7 b) und nach auffälliger Gewichtsabnahme in den letzten sechs Monaten (Frage 10).

(4) Neu gestaltet wurde die Frage zum Rauchverhalten (Frage 9), bei der jetzt auch die Anzahl der pack years angegeben werden soll. Wegen des überadditiven Krebsrisikos bei gleichzeitiger Asbeststaub- und Zigarettenrauchexposition ist eine genauere Kenntnis des Rauchverhaltens erforderlich, damit den Versicherten zukünftig eine differenzierte Vorsorgestrategie angeboten werden kann. Nur wenn die pack years nicht angegeben werden können, soll näherungsweise der Zigarettenkonsum im zeitlichen Verlauf beschrieben werden. (5)

### Besonderheit bei ZeBWis

Es sind ausschließlich Eintragungen in der linken Spalte (6) vorzunehmen.

### Satz III Untersuchungsbefunde (Abb. 4)

(7) Die Befunddokumentation wurde gestrafft.

(8) Nach den Leitlinien zur Lungenfunktionsmessung sollen mindestens drei Messmanöver bei jeder spirometrischen Untersuchung durchgeführt und auch dokumentiert werden. Der erforderliche Platz für die Eintragungen wurde geschaffen. Nicht mehr erfasst werden soll die inspiratorische Vitalkapazität, sondern der Maximalwert der Vitalkapazität, gleichgültig ob inspiratorisch oder forciert gemessen. Bei der Berechnung des Prozentverhältnisses ( $FEV_1/VC$ ) sind die Maximalwerte der drei Messmanöver zugrunde zu legen.

(9) Das Ergebnis der Lungenfunktionsmessung ist zu beurteilen.

### Satz IV Röntgenbefund und BK-Beurteilung (Abb. 5)

(10) In der Zeile „Bildgüte“ wurde ein zusätzliches Feld zur Dokumentation des Vorliegens einer seitlichen Aufnahme eingefügt. Die Anfertigung einer seitlichen Aufnahme kann in Abhängigkeit u. a. von der p. a.-Aufnahme und ggf. vorhandenen Röntgenbildern angezeigt sein. Der überarbeitete Röntgenbefund ermöglicht die Eintragungen entsprechend ILO 2000/Bundesrepublik. Hierzu wird auf die einschlägigen Veröffentlichungen verwiesen [1,2].

Maschinell ausgedruckte Daten bitte überprüfen, evtl. berichtigen oder fehlende Daten nachtragen.	Angaben zum Versicherten	Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">Tag</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">Monat</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px;"></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
	Tag	Monat	Jahr						
Angaben zum Arbeitgeber	Geburtsname	Vorname	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">Geburtsdatum</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>	Geburtsdatum					
Geburtsdatum									
Angabe zum Beschäftigungsverhältnis	Familienname **)	Staatangeh.	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Geburtsname	Krankenkasse	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Straße	Änderungen	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Postleitzahl und Ort	Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Name	Nr. des Unfallversicherungsträgers	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Straße		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Postleitzahl und Ort		<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Einstellung am	TAG: MONAT: JAHR	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Art der Tätigkeit	Schlüsselzahl	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Änderung zu Art der Tätigkeit	Klartext	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Änderung zu Art der Tätigkeit unter Einwirkung von Staub beschäftigt seit	Schlüsselzahl	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Einwirkung durch	Klartext	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Änderung zu Einwirkung durch	Schlüsselzahl	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Tätigkeitsbereich	Klartext	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Änderung zu Tätigkeitsbereich	Schlüsselzahl	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Art der verwendeten technischen Hilfsmittel	Klartext	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Änderung zu Art der verwendeten techn. Hilfsm.	Schlüsselzahl	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Art der Schutzmaßnahmen	Klartext	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	Änderung zu Art der Schutzmaßnahmen	Schlüsselzahl	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px;"></td> </tr> </table>						

**Angaben zur Untersuchung**

Untersuchung nach Grundsatz G 1.1  G 1.2  G 1.3  Erstuntersuchung  Nachuntersuchung  nachgehende Untersuchung

**Ärztliche Bescheinigung über das Untersuchungsergebnis (gem. Nr. 3.3 oder 4.4 der Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3)**

Die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung am ergab<sup>1)</sup>: (gilt nicht für nachgehende Untersuchung<sup>2)</sup>)

<input type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken	Tag	Monat	Jahr	Bericht-Datum	
<input type="checkbox"/> keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen				Die nächste Untersuchung ist durchzuführen	
<input type="checkbox"/> dauernde gesundheitliche Bedenken				LV-Kennzeichen des Arztes	
<input type="checkbox"/> gesundheitliche Bedenken befristet bis					

<sup>1</sup> Hält der Arbeitgeber oder der Versicherte die Bescheinigung für unzutreffend, so kann er die Entscheidung der für die Gefahrstoffverordnung zuständigen Behörde beantragen.  
<sup>2</sup> Bei nachgehenden Untersuchungen erfolgt keine Weitergabe an den Arbeitgeber oder Betriebsarzt.

Bemerkungen: (bitte hier im Falle gesundheitlicher Bedenken nur Bedingungen und Empfehlungen für den Arbeitgeber eintragen. Medizinische Gründe für eine vorzeitige Nachuntersuchung nur auf Satz IV auflühren. Eine medizinische Beratung des Versicherten nur auf Satz I vornehmen.)

▶▶▶ Im obigen Bereich wurden Änderungen des eingedruckten Textes vorgenommen

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,  
wir überweisen Ihnen den oben genannten Versicherten zur Untersuchung gemäß den Berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen "Mineralischer Staub G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3".

Stempel und Unterschrift des Arztes

Den Untersuchungsbogen bitten wir zu senden an: \_\_\_\_\_

VA 2 - G 1

Datum

Tag                      Monat                      Jahr

Stempel und Unterschrift

<sup>1)</sup> Bitte nur in arabischen Zahlen, evtl. mit Nullen aufgefüllt angeben  
<sup>2)</sup> Bei Änderung bitte den neuen Namen darüber schreiben  
<sup>3)</sup> Nach dem Schlüsselverzeichnis der Zentralen Erfassungstelle Asbest

4628694120

Abb. 1 Satz I des Untersuchungsbogens nur für die Anwendung bei Untersuchungen nach G 1.1-G 1.3.

Bekanntmachung  
Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.  
359

# ZeBWis

Ordnungsbegriff

Beleg-Nr.

Familienname

Vorname

1=männlich  
 2=weiblich

Geburtsdatum

Datum der Untersuchung

letzte ZeBWis Untersuchung

Unt.-Stelle

Arzt-Nr.

Eine Änderung des in der ZeBWis-Arztliste vorgeschlagenen Untersuchungsabstandes empfohlen:  ja  nein

Falls "Ja", begründen Sie bitte Ihre Entscheidung:

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

Der Abstand zwischen den Untersuchungen soll  Monate betragen.

Zusätzliche Bemerkungen:

  
  
  
  
  

Bitte ankreuzen:

- Es wurde eine Beurteilung anderweitig angefertigter Röntgenaufnahmen durchgeführt.
- Die Analyse des Blutbildes wurde durchgeführt.
- Es wurde eine Analyse des Differenzialblutbildes durchgeführt.
- Es wurde ein Urin-Mehrstreifentest durchgeführt.
- Es wurde eine Beratung zur Tabakentwöhnung durchgeführt.

Rechnungsstellung (ggf. ankreuzen):

- Teilnahme am vereinfachten Rechnungsverfahren gewünscht.

Name des ZeBWis-Arztes

Datum

Unterschrift / Stempel des Arztes

1640013072

Abb. 2 Satz I des Untersuchungsbogens ausschließlich zur Verwendung bei nachgehenden Untersuchungen ehemaliger Uranerzbergleute.

Satz II

RV-Nr. / Belegnummer   
 Name, Vorname

Datum der Untersuchung  
       
 Tag                      Monat                      Jahr

Anamnese (Berufsgenossenschaftliche Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3)

Arbeitsanamnese Nicht für ZeBWis-Untersuchungen	1. Haben Sie vor Eintritt in diesen Betrieb staubgefährdet gearbeitet?	Quarzstaub <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Asbeststaub <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Keramische Fasern <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	2. In welchem Jahr erfolgte die erstmalige Staubbelastung?	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Art der Tätigkeit (bitte genaue Angaben): <input type="text"/>					
Beschwerdeanamnese	3. Wieviele Jahre waren oder sind Sie insgesamt staubbelastet?	Jahre <input type="text"/> <input type="text"/> Monate <input type="text"/> <input type="text"/>	Jahre <input type="text"/> <input type="text"/> Monate <input type="text"/> <input type="text"/>	Jahre <input type="text"/> <input type="text"/> Monate <input type="text"/> <input type="text"/>	
	4. Haben Sie einen staubgefährdeten Arbeitsplatz wegen einer oder mehrerer der nebenstehenden Beschwerden aufgegeben?	a) wegen Beschwerden der Atmungsorgane	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		b) wegen Beschwerden des Herzens	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		c) wegen Beschwerden des Kreislaufs	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	5. Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der nebenstehenden Krankheiten?	a) Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt	Jahr der Erkrankung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		b) Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt	Jahr der Erkrankung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		c) Rippenfellentzündung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt	Jahr der Erkrankung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		d) jährlich mehrfach Bronchitis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jahr des Beginns <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		e) Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jahr des Beginns <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		f) sonstige chronische Erkrankungen und welche (ggf. Klartext):	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jahr des Beginns <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Husten Sie während mindestens dreier Monate im Jahr?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Monat und Jahr des Beginns <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7. a) Haben Sie Auswurf während mindestens dreier Monate im Jahr?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jahr des Beginns <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) Hämoptysen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Jahr des Beginns <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8. Verspüren Sie in letzter Zeit anhaltende Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Fremdkörpergefühl im Hals?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
9. Rauchen Sie? ( Wenn ja oder nicht mehr bitte Angabe über Anzahl der Packyears. Ein Packyear entspricht ca. 20 Zigaretten täglich pro Jahr. )	<input type="checkbox"/> nein				
<input type="checkbox"/> nicht mehr	Anzahl Packyears <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1-10 Zigaretten/Tag	von (Jahr) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	bis (Jahr) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> ja		11-20 Zigaretten/Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> ja Pfeife		21-40 Zigaretten/Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> ja Zigarren		> 40 Zigaretten/Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
10. Haben Sie in den letzten sechs Monaten an Gewicht abgenommen ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				

\*) Bitte nur in arabischen Zahlen, evtl. mit Nullen aufgefüllt angeben

6842290462

Abb. 3 Satz II des Untersuchungsbogens. Die mit 2 und 5 gekennzeichneten Felder müssen bei der ZeBWis-Untersuchung nicht ausgefüllt werden.

Satz III

Datum der Untersuchung

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

Tag . Monat . Jahr

Befunde (Berufsgenossenschaftliche Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3)

Allgemein	Konstitution	<input type="checkbox"/> indifferent	<input type="checkbox"/> leptosom	<input type="checkbox"/> athletisch	<input type="checkbox"/> pyknisch	<input type="checkbox"/> sonstiges	
	Allgemeiner Körperzustand	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> adipös	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> kachektisch	<input type="checkbox"/> vorgealtert	
	Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Brust	<input type="checkbox"/> Lenden	<input type="checkbox"/> Kyphose	<input type="checkbox"/> Lordose	<input type="checkbox"/> Skoliose
Thorax und Lungen	Brustkorb	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Beweglichkeit eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Nachschleppen links	<input type="checkbox"/> Nachschleppen rechts	<input type="checkbox"/> Deformität	<input type="checkbox"/> sonstiges
	Atmung	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Dyspnoe in Ruhe	<input type="checkbox"/> Dyspnoe bei Belastung	<input type="checkbox"/> Stridor		<input type="checkbox"/> sonstiges
	Klopfschall rechts	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> gedämpft	<input type="checkbox"/> hypersonor	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> Mitte	<input type="checkbox"/> unten
		links	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> gedämpft	<input type="checkbox"/> hypersonor	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> Mitte
	Atemgeräusch rechts	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> bronchial	<input type="checkbox"/> verschärft	<input type="checkbox"/> abgeschwächt	<input type="checkbox"/> Expiration verlängert	<input type="checkbox"/> sonstiges
			<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> Mitte	<input type="checkbox"/> unten		
	links	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> bronchial	<input type="checkbox"/> verschärft	<input type="checkbox"/> abgeschwächt	<input type="checkbox"/> Expiration verlängert	<input type="checkbox"/> sonstiges
			<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> Mitte	<input type="checkbox"/> unten		
	Nebengeräusch rechts	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Knisterrasseln	<input type="checkbox"/> sonstige RG		<input type="checkbox"/> klingend	<input type="checkbox"/> nicht klingend
			<input type="checkbox"/> Giemen/Brummen	<input type="checkbox"/> Reiben	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> Mitte	<input type="checkbox"/> unten
	links	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Knisterrasseln	<input type="checkbox"/> sonstige RG		<input type="checkbox"/> klingend	<input type="checkbox"/> nicht klingend
			<input type="checkbox"/> Giemen/Brummen	<input type="checkbox"/> Reiben	<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> Mitte	<input type="checkbox"/> unten
Herz und Kreislauf	Herztöne	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Herzgeräusche		<input type="checkbox"/> sonstiges		
	Herzaktion	<input type="checkbox"/> o. B.	<input type="checkbox"/> Extrasystolen	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> sonstiges		

7

Messergebnisse (Berufsgenossenschaftliche Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3)

Jede Spalte muss beantwortet sein. Leerstellen bitte evtl. mit Nullen auffüllen.

Größe (in cm)    <sup>\*)</sup>

Herzfrequenz/min.    <sup>\*)</sup>

Blutdruck mm Hg. sitzend, rechter Arm

systemisch    <sup>\*)</sup>

diastolisch    <sup>\*)</sup>

Lungenfunktion (BTPS)  
Vitalkapazität (VC)  
Soll nach EGKS (in Litern)  ,  <sup>\*)</sup>

Vitalkapazität (in Litern)

1. Messung  ,  <sup>\*)</sup>

2. Messung  ,  <sup>\*)</sup>

3. Messung  ,  <sup>\*)</sup>

Atemstoßwerte/Sek. (FEV<sub>1</sub>)  
Messwerte (in Liter/Sek.)  ,  <sup>\*)</sup>

,  <sup>\*)</sup>

Prozentverhältnis FEV<sub>1</sub> MAX / VC MAX (in %)  ,  <sup>\*)</sup>

Beurteilung der Ventilation  normal  obstruktiv  restriktiv

8

9

2618756301

<sup>\*)</sup> Bitte nur in arabischen Zahlen, evtl. mit Nullen aufgeführt angeben

Abb. 4 Satz III des Untersuchungsbogens.

Satz IV

Datum der Untersuchung

RV-Nr. / Belegnummer

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.  
Tag                      Monat                      Jahr

RÖNTGENBEFUND nach der ILO Klassifikation 2000/Bundesrepublik (Berufsgenossenschaftliche Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3)

Bildgüte		<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> seitl. Aufnahme vorhanden
Lunge	<b>Kleine Schatten</b> Rundliche Form	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	<b>Felder</b>	
	Größe p q r	<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 3/3	<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> LO
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> LM
						<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> LU
	Unregelmäßige Form	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> LO
	Größe s t u	<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 3/3	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> LM
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+	<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> LU
	<b>Gemischte Formen</b>	<input type="checkbox"/> 0/-	<input type="checkbox"/> 1/0	<input type="checkbox"/> 2/1	<input type="checkbox"/> 3/2	<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> LO
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0/0	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 2/2	<input type="checkbox"/> 3/3	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> LM
		<input type="checkbox"/> 0/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 3/+	<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> LU
	<b>Große Schatten</b>	Größe <input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> LO
						<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> LM
						<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> LU
	Adhärenz des kostophrenischen Winkels	<input type="checkbox"/> o.B.	R <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>			
Pleura	<b>Pleuraverdickung</b> diffus seitliche Brustwand	Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht		Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht		<b>Lokalisation</b>	
	<input type="checkbox"/> o.B.	R <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RO	<input type="checkbox"/> LO		
		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> LM		
		<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> RU	<input type="checkbox"/> LU		
	<b>Pleuraverdickung</b> umschrieben (Plaques)	Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht		Verbreitung / Dicke / <3 mm / Aufsicht		<b>Zwerchfell</b> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> o.B.	R <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/>			<b>Brustwand</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> b				
		<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> c				
	<b>Pleuraverkalkung</b>	<input type="checkbox"/> o.B.	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>		

- Symbole**
- keine  fr
  - aa  hi
  - at  ho
  - ax  id
  - bu  ih
  - ca  kl
  - cg  me
  - cn  od
  - co  pa
  - cp  pb
  - cv  pi
  - di  px
  - ef  ra
  - em  rp
  - es  tb

① ①

① ①

BK-BEURTEILUNG \*)

Keine Hinweise auf anzeigepflichtige Veränderungen

Anzeigepflicht\*\*): Begründeter Verdacht

- Silikose (BK-Nr. 4101)
- Asbestose (BK-Nr. 4103)
- Asbestverursachter Kehlkopfkrebs (BK-Nr. 4104)
- Siliko-Tuberkulose (BK-Nr. 4102)
- Asbestverursachte Pleuraerkrankung (BK-Nr. 4103)
- Pleuramesotheliom/Peritonealesotheliom (BK-Nr. 4105)
- Lungenkrebs bei nachgewiesener Quarzstaublungerkrankung (BK-Nr. 4112)
- Asbestverursachter Lungenkrebs (BK-Nr. 4104)
- Erkrankungen durch ionisierende Strahlen (BK-Nr. 2402)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Begründung BK / Ergänzende Befunde\*\*\*)/ Vorschläge und/oder veranlasste Massnahmen (Bitte in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes

3683198456

\*) Bitte zutreffendes ankreuzen

\*\*\*) Bitte BK-Anzeige erstellen und an den zuständigen UV-Träger senden sowie den Versicherten unterrichten

\*\*\* In begründeten Fällen gem. Nr. 3.2./4.3 der Grundsätze G 1.1, G 1.2 bzw. G 1.3 sowie Nr. 5 G 1.2 bzw. G 1.3

Bekanntmachung

363

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Abb. 5 Satz IV des Untersuchungsbogens.

(11) Felder für die BK-Nr. 4112 (Lungenkrebs bei nachgewiesener Silikose) und für die BK-Nr. 2404 (Erkrankungen durch ionisierende Strahlen) wurden neu aufgenommen. Weiterhin soll bei begründetem Verdacht die BK-Anzeige durch den Arzt gestellt werden.

## Literatur

- <sup>1</sup> Hering KG, Jacobsen M, Borsch-Galetke E et al. Die Weiterentwicklung der Internationalen Staublungenklassifikation – von der ILO 1980 zur ILO 2000 und zur ILO 2000/Version Bundesrepublik Deutschland Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2003a; 10: 504–514
- <sup>2</sup> Hering KG, Jacobsen M, Borsch-Galetke E et al. Die Weiterentwicklung der Internationalen Staublungenklassifikation – von der ILO 1980 zur ILO 2000 und zur ILO 2000/Version Bundesrepublik Deutschland Pneumologie 2003b; 57 (10): 576–584