# Angaben zur Person der / des Versicherten

Rentenversicherungs-Nr.:

Familienname:       Vorname:

Geburtsname:       Staatsangehörigkeit:

Anschrift:

**Arbeitgeber**

Mitglieds-Nr. bei der Berufsgenossenschaft:

Name:

Anschrift:

**Angaben zum Beschäftigungsverhältnis**

Krankenkasse:

Einstellung am:       (Tag/Monat/Jahr) ausgeschieden am:       (Tag/Monat/Jahr)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gefahrstoff oder  gefährdende Tätigkeit: | Gefahrstoff oder  gefährdende Tätigkeit: | Gefahrstoff oder  gefährdende Tätigkeit: |
|  |  |  |
| Arbeitsbereich oder  Art der Tätigkeit: | Arbeitsbereich oder  Art der Tätigkeit: | Arbeitsbereich oder  Art der Tätigkeit: |
|  |  |  |
| Beginn / Ende dieser Tätigkeit: | Beginn / Ende dieser Tätigkeit: | Beginn / Ende dieser Tätigkeit: |
|  |  |  |

**Angaben zu früheren Beschäftigungsverhältnissen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gefahrstoff oder  gefährdende Tätigkeit: | Gefahrstoff oder  gefährdende Tätigkeit: | Gefahrstoff oder  gefährdende Tätigkeit: |
|  |  |  |
| Arbeitsbereich oder  Art der Tätigkeit: | Arbeitsbereich oder  Art der Tätigkeit: | Arbeitsbereich oder  Art der Tätigkeit: |
|  |  |  |
| Beginn / Ende dieser Tätigkeit: | Beginn / Ende dieser Tätigkeit: | Beginn / Ende dieser Tätigkeit: |
|  |  |  |

**Angaben zu Untersuchungen**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Unter-suchungs-datum | Grund-satz | gesundheitliche Bedenken | | | | nächste Unter-suchung | Name und Anschrift des  untersuchenden Arztes | eingetragen von |
|  |  | nein | nein, bedingt | ja | ja, befristet bis |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bemerkungen: | | | | | | | | |