

3. _____

Ja / Nein

4.1 Gebietsbezeichnung "Arbeitsmedizin" ²⁾ () ()4.2 Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" ²⁾ () ()4.3 Teilnahme an anderen einschlägigen Kursen
wenn ja, an welchen ²⁾ () ()

4.4 Bereits vorhandene Ermächtigungen für:

5.1 Klinische oder poliklinische Tätigkeit

Krankenhaus	Abteilung	Name des Chefarztes	Tätigkeit	von	bis

5.2 Derzeitige Tätigkeit

5.3 Wird eine Tätigkeit als Werks-, Betriebs- oder Personalarzt geführt oder angestrebt? Falls ja, für welche Betriebe? Ja / Nein
() ()

5.4 Wissenschaftliche Tätigkeit - Publikationen

5.5 Seit wann sind Sie arbeitsmedizinisch tätig?

6.1 Sind Sie in einer Gemeinschaftspraxis tätig? Ja / Nein
() ()

6.2 Beantragt Ihre/Ihr in der Gemeinschaftspraxis mit Ihnen tätige/r Kollegin/Kollege ebenfalls eine Ermächtigung? (gesonderter Antrag ist erforderlich) () ()

7. Die Ermächtigung wird beantragt nach

7.1 Gesundheitsschutz-Bergverordnung (GesBergV) () ()

7.2 Klima-Bergverordnung (KlimaBergV) () ()

8. Nach welchen Plänen bzw. Berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen sollen die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen vorgenommen werden ?

8.1 Pläne

Plan für die Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen gem. § 3 Abs. 2 GesBergV; bitte Unternehmen oder Unternehmensverband nennen, welches(r) den Plan bzw. die Pläne aufgestellt hat.

8.2 Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen
Besonderer Nachweis/Kurs vorhanden?
Ja / Nein

(x) Antrag auf Untersuchung nach

- () G 1.1 Silikogener Staub
 () G 1.2 Asbesthaltiger Staub
 () G 1.3 Künstliche Mineralfasern
 () G 1.4 Staubbelastung
 Seminar G 1.1/1.2/1.3/1.4 Nachweis beifügen () ()
 () G 2 Blei od. s. Verbindungen
 () G 3 Bleialkyle
 () G 4 Gefahrstoffe, die Hautkrebs hervorrufen
 Gebietsbezeichnung "Haut- und Geschlechtskrankheiten" Nachweis beifügen () ()
 () G 5 Nitroglycerin od. Nitroglykol
 () G 6 Schwefelkohlenstoff
 () G 7 Kohlenmonoxid
 () G 8 Benzol
 () G 9 Quecksilber oder seine Verbindungen
 () G 10 Methanol
 () G 11 Schwefelwasserstoff
 () G 12 Phosphor
 () G 13 Tetrachlormethan (Tetrachlorkohlenstoff)
 () G 14 Trichlorethylen
 () G 15 Chrom-VI-Verbindungen

() G 16 Arsen od. s. Verbindungen

Ja/Nein

- () G 17 Tetrachlorethylen (Perchlorethylen)
- () G 18 Tetra-, Pentachlorethan
- () G 20 Lärm
Kurs – Nachweis beifügen () ()
- () G 21 Kältearbeiten
- () G 22 Säureschäden der Zähne
- () G 23 Obstruktive Atemwegserkrankungen
- () G 24 Hauterkrankungen (mit Ausnahme von Hautkrebs)
Fortbildung – Nachweis beifügen () ()
- () G 25 Fahr-, Steuer- u. Überwachungstätigkeiten
- () G 26 Atemschutzgeräte
- () G 27 Isocyanate
- () G 28 Monochlormethan (Methylchlorid)
- () G 29 Benzolhomologe (Toluole, Xylole)
- () G 30 Hitzearbeiten
- () G 31 Überdruck (DruckluftVO)
Kurs – Nachweis beifügen () ()
Drucklufttauglichkeit – Nachweis beifügen () ()
- () G 32 Cadmium od. s. Verbindungen
- () G 33 Aromatische Nitro- oder Aminoverbindungen
- () G 34 Fluor od. s. Verbindungen
- () G 35 Arbeitsaufenthalt im Ausland (Tropen)
Kurs – Nachweis beifügen () ()
- () G 36 Vinylchlorid
- () G 37.1 Bildschirmarbeitsplätze (Siebtest)
Kurs – Nachweis beifügen (für Augenärzte erforderlich) () ()
- () G 37.2 Bildschirmarbeitsplätze (Ergänzungsuntersuchung)
Kurs – Nachweis beifügen (für Augenärzte erforderlich) () ()
- () G 38 Nickel od. s. Verbindungen
- () G 39 Schweißrauche
- () G 40 Krebserzeugende Gefahrstoffe allgemein,
bitte Gefahrstoffe angeben, soweit nicht durch
einen Grundsatz erfaßt, oder Liste beifügen
- () G 41 Arbeiten mit Absturzgefahr
- () G 42 Infektionskrankheiten
- () G 43 Biotechnologie
Kurs - Nachweis beifügen () ()
- () G 44 Buchen- und Eichenholzstaub
Kurs – Nachweis beifügen () ()
- () G 45 Styrol
- () G 46 Belastungen des Muskel- und Skelettsystems

9. Erfahrungen, Kenntnisse

9.1 Welche Erfahrungen über arbeitsmedizinische Untersuchungen, für die Sie eine Ermächtigung beantragen, haben Sie? (Bitte kurze Angaben hierzu)

9.2 Über welche Kenntnisse der besonderen Arbeitsbedingungen verfügen Sie?
(Bitte kurze Angaben hierzu)

10. Röntgenuntersuchung

10.1 Röntgengeräte (für Lungenaufnahmen)

Verfügen Sie über eine Röntgeneinrichtung,
die mindestens der Anwendungsklasse III
der Neufassung der Röntgenapparate-Richt-
linien der KBV vom 18.05.1981 entspricht?

Ja / Nein

() ()

- Typenbezeichnung: _____
- kV _____
- mA _____
- Datum der Inbetriebnahme _____
- bei welcher Behörde ist die Röntgeneinrichtung gem.
§ 4 RöV gemeldet?

Ja / Nein

Ist die Röntgeneinrichtung geeignet zur Herstellung
von

- Schichtaufnahmen ?
- Hartstrahltaufnahmen ?

() ()

() ()

- Werden die Kriterien des Merkblattes der Anlage 4 erfüllt ?

() ()

10.2 Besitzen Sie den Nachweis der für den
Strahlenschutz erforderlichen Fachkunde?

(§ 3 Abs. 3 RöV)

Finden die Übergangsvorschriften Anwendung?

(§ 45 Abs. 2 RöV) (Kopie des Nachweises bitte beifügen)

() ()

() ()

10.3 Sofern Sie über kein geeignetes Röntgengerät verfügen und Sie auch nicht zur Anwendung von Röntgenstrahlen auf Menschen berechtigt sind:

- Durch wen lassen Sie die Röntgenaufnahmen anfertigen?

Name, ggf. Bezeichnung der Einrichtung

Straße, Haus-Nr.

PLZ Ort

Telefon

(Bei Inanspruchnahme einer fremden Röntgenpraxis auch die Fragen nach Nr. 10.1 beantworten)

11. Laboruntersuchungen

11.1 Sofern Untersuchungen nicht im eigenen Labor durchgeführt werden, welches Labor nehmen Sie in Anspruch?

Name, Firmenbezeichnung

Straße, Haus-Nr.

PLZ Ort

Telefon: _____ / _____

11.2 Wodurch ist sichergestellt, dass sämtliche Laboruntersuchungen nach den einschlägigen Vorschriften zur Qualitätssicherung durchgeführt werden?

12. Können folgende Untersuchungen von Ihnen durchgeführt werden?

	Ja	Nein
- Inhalationstest	()	()
- Hauttestungen	()	()
- Allergen-Diagnostik	()	()
- Sehtest einschl. Prüfung des Farbtüchtigkeitssinns	()	()
- Gesichtsfeldprüfung	()	()
- Augenhintergrunduntersuchung	()	()
- Spekulumuntersuchung der Nase	()	()
- Prüfung der Geruchswahrnehmung	()	()
- EKG mit Brustwandableitung	()	()
- Ergometrie mittels Fahrradergometer	()	()

- Lungenfunktionsprüfung mit geeignetem Gerät

Typenbezeichnung

13. Zusätzliche Angaben für Anträge auf Ermächtigung nach GesBergV

13.1 Vorsorgeuntersuchungen nach Anlage 1 GesBergV sowie G 1.1(Silikogener Staub) und G 1.2 (Asbest)

Ja / Nein

Zum Zwecke einer verlaufsadäquaten und datenverarbeitungsgerechten Beschreibung pulmonaler und pleuraler Röntgenzeichen bin ich zur Befundung und Klassifikation der Röntgenbilder nach der internationalen Pneumokoniose-Klassifikation (ILO 1980/Bundesrepublik) und zur Dokumentation im Untersuchungsbogen "gesundheitsgefährlicher mineralischer Staub" (VA 2-G 1) befähigt und bereit.

Die dafür notwendigen Vergleichsröntgenbilder-
- stehen mir zur Verfügung/
- werde ich anschaffen.

An einem anerkannten Einführungslehrgang habe ich teilgenommen.

Bitte Teilnahmebescheinigung beifügen

Die Röntgenaufnahmen werden von mir für weitere Nachuntersuchungen und Begutachtungen oder auf Anforderung der Berufsgenossenschaft zur Verfügung gestellt, soweit Gründe der ärztlichen Schweigepflicht dem nicht entgegenstehen.

Ich bin zur Gewährleistung einer einheitlichen Beurteilung der Röntgenbilder und der Untersuchungsberichte mit einer Zweitbeurteilung einverstanden.

Ich nehme an Röntgen-Ringlesungen zur Qualitätssicherung teil.

13.2 Vorsorgeuntersuchungen nach § 11 GesBergV (Lärm)

Ja/Nein

- An einem anerkannten Seminar für arbeitsmedizinische Gehörvorsorge habe ich teilgenommen. (Bitte Teilnahmebescheinigung beifügen)

- Ich verfüge über ein Audiometer

wenn ja:

Fabrikat: _____

Type: _____

Baujahr: _____

mit Knocheneinleitungseinrichtung

mit SISI-Test-Ausstattung

- Eine jährliche Überprüfung (Kalibrierung) des Audiometers entsprechend Nr. 6.8.1.1 G 20 und LSI 02-820 ist sichergestellt

- Der Störschallpegel im Untersuchungsraum liegt so niedrig, dass alle Prüftöne noch an der Normal-Hörschwelle (Hörverlust = 0 dB) gehört werden. (Nr. 6.8.1.2 Grundsatz G 20 und LSI 01-820)

-Weitere Angaben über bisherige Tätigkeiten :

- Hörtests für Luftleitung () ()
Wenn ja: Zahl der Fälle ca. _____
- Hörtests für Knochenleitung () ()
Wenn ja: Zahl der Fälle ca. _____
- Weber-Tests () ()
Wenn ja: Zahl der Fälle ca. _____
- SISI-Tests () ()
Wenn ja: Zahl der Fälle ca. _____

13.3 Obstruktive Atemwegserkrankungen

Ja/Nein

Ich verfüge über ein Gerät zur Messung des Atemwiderstandes:

- nach dem Oszillationsprinzip () ()
Fabrikat: _____
Type: _____
Baujahr: _____
- nach dem ganzkörperplethysmographischen Prinzip () ()
Fabrikat: _____
Type: _____
Baujahr: _____

Die Messung des Atemwiderstandes wird mit eigenen Geräten vorgenommen.
Wenn nein, durch wen ?

() ()

- Führen Sie für Lungenfunktionsprüfungen qualitätssichernde Maßnahmen durch ?

() ()

13.4 Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeit

Ja / Nein

- Ich verfüge über ein Sehtestgerät () ()
Fabrikat: _____
Type: _____
Baujahr: _____

Mit der Möglichkeit der Untersuchung:

- Sehschärfe Ferne () ()
- Sehschärfe Nähe () ()
- Stereosehen () ()
- Farbensinn () ()
- Gesichtsfeld () ()
- Lichtsinn () ()
- Dämmerungssehen () ()
- Blendungsempfindlichkeit () ()

Statt eines Sehtestgerätes besitze ich

- Sehprobentafeln (Ferne) () ()
- Sehprobentafeln (Nähe) () ()
- Taschenstereoskop () ()
- oder Fliegentafel nach TITMUS () ()
- Farbentafeln nach ISHIHARA/VELHAGEN usw. () ()

- Gerät zur Prüfung des Gesichtsfeldes () ()
- Gerät zur Prüfung des Lichtsinns () ()
- Gerät zur Prüfung des Dämmerungssehens () ()
- Gerät zur Prüfung der Blendungsempfindlichkeit () ()

13.5 Vorsorgeuntersuchungen nach § 13 GesBergV (Bildschirmarbeitsplatz)
Durchführung des Siebtests: Ja / Nein

- Ich bin in der Lage, die Untersuchung im Hinblick auf die Tätigkeit durchzuführen (z.B. Beurteilung der Arbeitsergonomie oder etwaiger Beeinträchtigungen im orthopädischen Bereich durch Zwangshaltung am Arbeitsplatz) () ()

- Mir steht ein Sehtestgerät zur Verfügung mit der Möglichkeit der Prüfung
 - der Sehschärfe (Ferne) () ()
 - der Sehschärfe (Nähe) () ()
 - der Phorie () ()
 - des räumlichen Sehens (Stereopsis) () ()
 - des Farbsinns () ()
 - des zentralen Gesichtsfeldes (Standardtafel) () ()

Fabrikat: _____

Type: _____

Baujahr: _____

- Mein Sehtestgerät ist mit einer Einrichtung (Testscheibe) ausgerüstet, die es ermöglicht, bei der Prüfung der Sehschärfe - Nähe - auch den arbeitsplatzbezogenen Sehabstand zu berücksichtigen. () ()

- Mir steht ein Sehtestgerät mit den erforderlichen Zusatzgeräten nicht zur Verfügung; ich kann jedoch die folgenden Verfahren und Tests durchführen:
 - Verfahren zur Prüfung der Sehschärfe Ferne nach DIN 58 220, Teil 3 () ()
 - Verfahren zur Prüfung der Sehschärfe Nähe nach DIN 58 220, Teil 4 () ()
 - Zur Prüfung der Phorie
 - Schober-Test () ()
 - Polarisations-Test () ()
 - Zur Prüfung des räumlichen Sehens
 - TITMUS-STEREOTEST (Wirt-Test) () ()
 - RANDOT-TEST () ()
 - TNO-TEST () ()
 - Standardtafel zur Prüfung des zentralen Gesichtsfeldes () ()
 - Prüfung des Farbensinns mit Hilfe von
 - Farbtafeln nach ISHIHARA, STILLING-HERTEL () ()
 - Tests nach FARNSWORTH, u.a. () ()
 - Anomaloskop () ()

Durchführung der Ergänzungsuntersuchung entsprechend G 37 Ja Nein

- Ich bin zum Führen der Gebietsbezeichnung "Augenheilkunde" berechtigt. () ()

- Mir steht eine komplette augenärztliche Praxis-
Grundausrüstung zur Verfügung mit der Möglich-
keit, augenärztliche Standarduntersuchungen
durchzuführen, insbesondere

- Sehschärfenbestimmung nach DIN 58 220 () ()
- Farbsinnuntersuchung mit Anomaloskop () ()
- Dämmerungssehschärfenprüfung mit Nyktometer () ()
- Blendempfindlichkeitsuntersuchung mit Mesoptometer () ()
- Gesichtsfeldprüfung mit Perimeter () ()

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____