Anamnesebogen G20 Lärm

Angaben zur Person der/des Versicherten
Versicherungs-Nr. des Rentenvers.-Trägers:

Tag Monat Jahr
Geburtsdatum

Familienname	Vorname
Geburtsname	Staatsangehörigkeit
Straße	
Postleitzahl und Ort	

Anschrift des Arbeitgebers

Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger

Nr. des Unfallversicherungsträgers

Name

Straße

Postleitzahl und Ort

☐ **Pflichtvorsorge** ☐ **Angebotsvorsorge** ☐ **Erste** ☐ **Weitere**

☐ **Wunschvorsorge**

☐ **Eignungsuntersuchung** ☐ **Erste** ☐ **Weitere**

☐ **Sonstige Untersuchungen**

Angaben zum Arbeitsplatz
Arbeitsbereich:
Art der Tätigkeit:

Aufenthalt im Lärm: ☐ Überwiegend ☐ Gelegentlich ☐ In wechselnden Bereichen

Tages-Lärmexpositionspegel: ☐ >80 – 84 dB (A) ☐ 85 – 89 dB (A) ☐ 90 – 94 dB (A) ☐ 95 – 100 dB (A) ☐ >100 dB (A)

Spitzenschalldruckpegel: ≈ ☐ dB (C)

Lärm ist: ☐ Mittel- bis Hochfrequent ☐ Deutlich tieffrequent

Gleichzeitige Exposition durch: ☐ ototoxische Substanzen

☐ Ganzkörpervibrationen ☐ Hand-Arm-Vibrationen

☐ Gehörschutzstöpsel ☐ Kapselgehörschützer ☐ Otoplastiken ☐ Weitere ☐ Keine Angabe

Bereitgestellter und verwendeter Gehörschützer (Typ/Fabrikat):

Anamnese

1. Dauer der Lärmpause vor dem Hörtest: ☐ Stunden oder ☐ Minuten
2. Wieviele Jahre haben Sie insgesamt in starkem Lärm (Lärmbereichen) gearbeitet? ☐ Jahre
3. Wurden Sie am Ohr operiert? ☐ Weiß nicht ☐ Nein ☐ Ja, im Jahre
4. Hatten Sie Hörstörungen in Verbindung mit Schwindelanfällen und Ohrensausen? ☐ Weiß nicht ☐ Nein ☐ Ja, zuletzt im Jahre
5. Haben Sie Ohrgeräusche? ☐ Nein ☐ Ja
6. Leiden Sie gelegentlich an Entzündungen im Gehörgang oder in der Ohrmuschel? ☐ Nein ☐ Ja, zuletzt vor ☐ Monaten
7. Hatten sie einen Hörsturz? ☐ Weiß nicht ☐ Nein ☐ Ja, im Jahre

Beratung

Der Gehörschützer lag vor ☐ Ja ☐ Nein

Der bereitgestellte Gehörschützer soll weiter benutzt werden ☐ Ja ☐ Nein

Festgestellte Mängel:
Verwendung folgender Gehörschützer:
(Typ/Fabrikat):

Weitere Beratungsinhalte

Datum: Unterschrift: