

## Angaben zur Person der/des Versicherten

Versicherungs-Nr. des Rentenvers.-Trägers:

Tag		Monat		Jahr		Geburtsdatum			

## Dokumentationsbogen

# LÄRM II

## Ergänzungs-untersuchung

Familienname	Vorname
Geburtsname	Staatsangehörigkeit
Straße	
Postleitzahl und Ort	

<b>Anschrift des Arbeitgebers</b>	Mitglieds-Nr. des Betriebes beim Unfallversicherungsträger	Nr. des Unfallversicherungsträgers
Name		
Straße		
Postleitzahl und Ort		

<input type="checkbox"/> Pflichtvorsorge	<input type="checkbox"/> Angebotsvorsorge	<input type="checkbox"/> Erste	<input type="checkbox"/> Weitere
<input type="checkbox"/> Wunschvorsorge		<input type="checkbox"/> Erste	<input type="checkbox"/> Weitere
<input type="checkbox"/> Eignungsuntersuchung			
<input type="checkbox"/> Sonstige Untersuchungen			

<b>Angaben zum Arbeitsplatz</b>	Arbeitsbereich:		
Art der Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> Überwiegend	<input type="checkbox"/> Gelegentlich	<input type="checkbox"/> In wechselnden Bereichen
Aufenthalt im Lärm:	<input type="checkbox"/> >80 – 84 dB (A)	<input type="checkbox"/> 85 – 89 dB (A)	<input type="checkbox"/> 90 – 94 dB (A) <input type="checkbox"/> 95 – 100 dB (A) <input type="checkbox"/> >100 dB (A)
Tages-Lärmexpositionspegel:	Spitzenschalldruckpegel: ≈ <input type="text"/> dB (C)		
Lärm ist:	<input type="checkbox"/> Mittel- bis Hochfrequent	<input type="checkbox"/> Deutlich tieffrequent	
Gleichzeitige Exposition durch:	<input type="checkbox"/> ototoxische Substanzen	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Ganzkörpervibrationen	<input type="checkbox"/> Hand-Arm-Vibrationen	
Bereitgestellter und verwendeter Gehörschützer (Typ/Fabrikat):	<input type="checkbox"/> Gehörschutzstöpsel	<input type="checkbox"/> Kapselgehörschützer	<input type="checkbox"/> Keine Angabe
	<input type="text"/>		

<b>Anamnese</b>	1. Dauer der Lärmpause vor dem Hörtest: <input type="text"/> Stunden oder <input type="text"/> Minuten		
	2. Bisherige Lärmexpositionszeit: beruflich <input type="text"/> Jahre sonstige <input type="text"/> Jahre durch <input type="text"/>		
	3. Ohroperation: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, im Jahre <input type="text"/> Art: <input type="text"/>		
	4. Menièreverdacht: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
	5. Rezidivierende Entzündungen am Außenohr: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Art <input type="text"/>		
	6. Hörsturz: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, im Jahre <input type="text"/>		
	7. Ohrgeräusche: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit dem Jahre <input type="text"/>		
	8. Subjektive Hörminderung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit dem Jahre <input type="text"/>		
	9. Kausale Genese und Entwicklung der Hörstörung, aufgetreten nach: <input type="checkbox"/> Knall oder Explosion <input type="checkbox"/> Schießlärm <input type="checkbox"/> Schädeltrauma		
	<input type="checkbox"/> Ohroperation <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit <input type="text"/> Sonstiges: <input type="text"/>		

<b>Beratung</b>	Der Gehörschützer lag vor <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Der bereitgestellte Gehörschützer soll weiter benutzt werden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Festgestellte Mängel:	<input type="text"/>	
Verwendung folgender Gehörschützer (Typ/Fabrikat):	<input type="text"/>	
Weitere Beratungsinhalte	<input type="text"/>	

Otoskopie		RECHTS	LINKS	RECHTS	LINKS
	<b>Äußerer Gehörgang</b>			<b>Trommelfell</b>	
<input type="checkbox"/>	Unauffällig	<input type="checkbox"/>		Unauffällig	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sehr eng	<input type="checkbox"/>		Zentral defekt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Feucht	<input type="checkbox"/>		Randständig defekt	<input type="checkbox"/>
				Zustand nach Operation	<input type="checkbox"/>
				Nicht zu beurteilen	<input type="checkbox"/>

**Auswertung:**

**Nachuntersuchung**

Hörverlust bei 2 kHz auf beiden Ohren größer oder gleich 40 dB?  Ja, dann Lärm III  
 Zunahme der Hörverlust-Summe innerhalb 3 Jahren um mehr als 30 dB?  Auffällig?

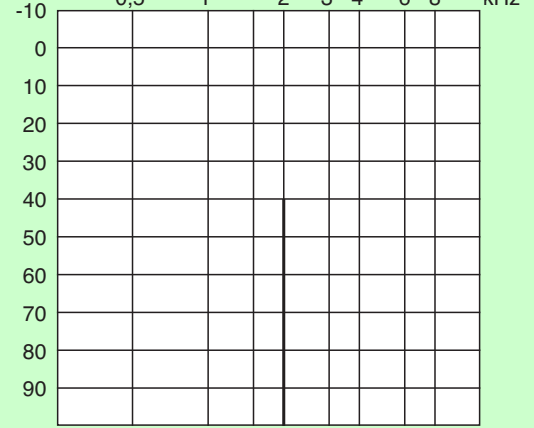
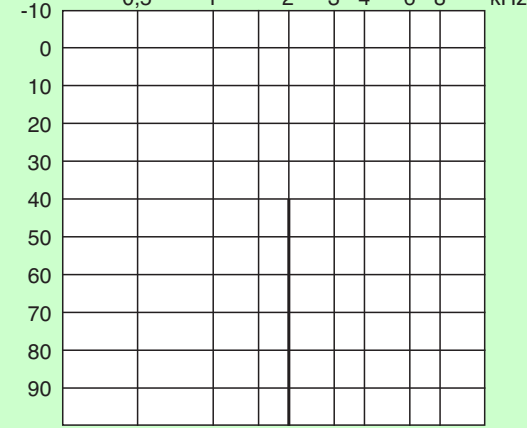
Auffällig?  Ja  dB Letzten Vorbefund bitte rechts und links eintragen  dB  Ja  
 Hörverlust-Summen 2, 3 und 4 kHz aus Werten berechnen und mit Bezugsgrenzwert vergleichen

Ja  dB  dB  dB  Ja  
 Differenz Vorbefund zu Neubefund Bezugsgrenzwert nach Tab. 2 G 20 eintragen Differenz Vorbefund zu Neubefund



0,5 1 2 3 4 6 8 kHz

0,5 1 2 3 4 6 8 kHz



- mit Pulstönen
- mit Dauertönen (Ausnahme)
- Proband zeigt unsicher an

WEBER bei 500 Hz  
 re.  med.  li.

Audiogrammformular nach DIN 45627

<b>Auswertung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Messwerte nach Abschnitt 3.4.5 G 20 eintragen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bezugsgrenzwerte nach Tab. 1 eintragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Überschreitungen ankreuzen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

**Beurteilung:** Letzter Vorbefund vom:

**Untersuchung nach Lärm III erforderlich:**  Nein  Ja, Befund liegt vor (siehe Anlage)

**1. Keine gesundheitlichen Bedenken,** nächste Untersuchung in  Monaten als  Siebtest  Ergänzungsuntersuchung

**2. Keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen:**

**2.1** Nächste Untersuchung vorfristig in  Monaten als  Siebtest  Ergänzungsuntersuchung

**2.2** Folgende Gehörschützer benutzen (b. w.)

**2.3** Besondere Kontrolle der Gehörschützer-Benutzung

**2.4** Weitere Auflagen:

**3.** Dauernde gesundheitliche Bedenken

**4.** Befristete gesundheitliche Bedenken für  Monate

Gründe:

1. Deutliche Hörverschlechterung
2. Hörverlust zu hoch
3. Sprachaudiogramm auffällig
4. Menière
5. Hörsturz
6. Schädeltrauma
7. Zustand nach Operation
8. Außenohrenerkrankung z. B. Ekzem

Tag der Hörprüfung:

Untersuchende Stelle:

Unterschrift/Stempel des beauftragten Arztes: