

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			

Anschrift des Arbeitgebers		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"/> Eignungsuntersuchung		<input type="checkbox"/> Erste	<input type="checkbox"/> Weitere
<input type="checkbox"/> Sonstige Untersuchungen			

Angaben zum Arbeitsplatz	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"/>		

Anamnese	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	Sonstiges: <input type="text"/>

Beratung	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"/>	

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

Bestell-Nr. A 6.2 (06/15) Kepnerdruck Druckerei + Verlag GmbH, Postfach 1002 62, 75021 Eppingen Nachdruck verboten!

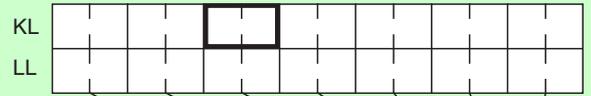
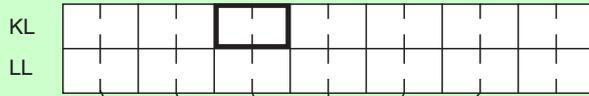
Auswertung:

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?

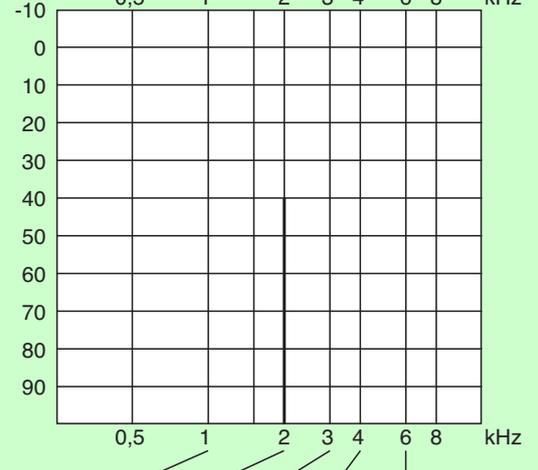
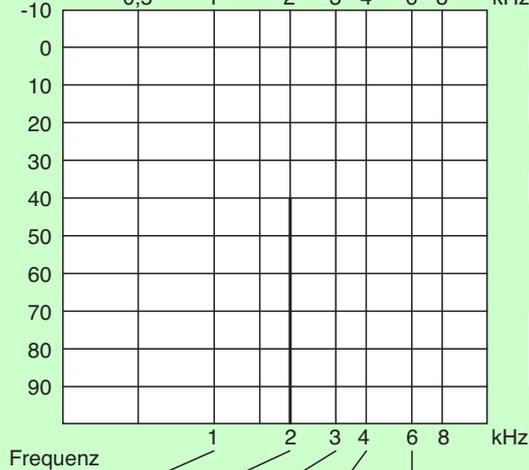
Auffällig? Ja dB Letzten Vorbefund bitte rechts und links eintragen dB Ja
 Hörverlust-Summen 2, 3 und 4 kHz aus Werten berechnen und mit Bezugsgrenzwert vergleichen

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



Rechtes Ohr
 0,5 1 2 3 4 6 8 kHz

Linkes Ohr
 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

Auswertung	<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: