

EINWIRKUNG DURCH LÄRM

EIGNUNGSUNTERSUCHUNG

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2008

Datum (TT.MM.JJJJ)

| | |
|--|---|
| Arbeitgeber/in (Beschäftigter/in) | |
| Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer) | |
| gegebenenfalls Arbeitsstätte/Arbeitsstelle/Baustelle | |
| Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer) | |
| gegebenenfalls Überlasser/in | |
| Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer) | |
| Name Arbeitnehmer/in bzw. Bedienstete/r (Familienname, Vorname) | <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Stammpersonal <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> überlassen |
| Wohnadresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer) | Vers.-Nr. Geburtsdatum (TTMMJJ) |
| Ermächtigter/r Ärztin/Arzt (Name und Anschrift in Blockbuchstaben) | Unfallversicherungsträger <input type="checkbox"/> AUVA <input type="checkbox"/> BVA <input type="checkbox"/> VAEB |
| Lärmpegel am Arbeitsplatz | |
| Tätigkeit im Betrieb | |

BEURTEILUNG

| | | |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Für Lärmarbeit geeignet <input type="checkbox"/> Geeignet mit vorzeitiger Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> Nicht geeignet | nächste Untersuchung am (TT.MM.JJ) | Unterschrift und Stempel der ermächtigten Ärztin/ des ermächtigten Arztes |
|---|------------------------------------|---|

ANAMNESE/ZWISCHENANAMNESE

| | |
|--|---------|
| Ohrenerkrankungen | Welche? |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ohrenfluss <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten | |

BESCHWERDEN

| |
|--|
| Juckreiz, Ekzem Gehörgang oder Ohrmuschel |
| <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |

ARBEITSANAMNESE (Expositionsbedingungen, zusätzliche Belastungen z.B. ototoxische Lösemittel)

BISHERIGE LÄRMARBEIT

| Betrieb | von-bis (JJJJ-JJJJ) | Art der Tätigkeit | Jahre |
|----------------------|---------------------|-------------------|-------|
| | | | |
| Jahre gesamt: | | | |

EINWIRKUNG DURCH LÄRM

EIGNUNGSUNTERSUCHUNG

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2008

Datum (TT.MM.JJJJ)

| | | |
|-----------------------------|-----------|-----------------------|
| Name (Familiename, Vorname) | Vers.-Nr. | Geburtsdatum (TTMMJJ) |
|-----------------------------|-----------|-----------------------|

GEPLANTER GEHÖRSCHUTZ

Art

OTOSKOPISCHER BEFUND

Zeitpunkt der Untersuchung

AUDIOGRAMM (Hörverlust in Dezibel/Frequenz in Hertz)

Zeitpunkt der Untersuchung

Luftleitung:
linkes Ohr x rechtes Ohr o

Knochenleitung:
linkes Ohr < rechtes Ohr >

Lärmjahre:
 I _____ bis 10
 II 11 bis 20
 III mehr als 20

nach F. SCHWETZ

| | | | | | | | | | | | |
|----------------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| Luftleitung | 125 Hz | 250 Hz | 500 Hz | 1000 Hz | 1500 Hz | 2000 Hz | 3000 Hz | 4000 Hz | 6000 Hz | 8000 Hz | 12000 Hz |
| links x | | | | | | | | | | | |
| rechts o | | | | | | | | | | | |
| Knochenleitung | | | | | | | | | | | |
| links < | | | | | | | | | | | |
| rechts > | | | | | | | | | | | |

BEMERKUNGEN bzw. kurze Begründung bei Nichteignung

**EINWIRKUNG DURCH LÄRM
MITTEILUNG AN ARBEITGEBER/IN bzw. ÜBERLASSER/IN**
EIGNUNGSUNTERSUCHUNG

gemäß der Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2008

Datum (TT.MM.JJJJ)

| | | |
|--|---|---|
| Arbeitgeber/in (Beschäftigter/in) | | |
| Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer) | | |
| gegebenenfalls Arbeitsstätte/Arbeitsstelle/Baustelle | | |
| Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer) | | |
| gegebenenfalls Überlasser/in | | |
| Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer) | | |
| Name Arbeitnehmer/in bzw. Bedienstete/r (Familienname, Vorname) | <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich | <input type="checkbox"/> Stammpersonal <input type="checkbox"/> überlassen |
| Wohnadresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer) | Vers.-Nr. | Geburtsdatum (TTMMJJ) |
| Ermächtigter/r Ärztin/Arzt (Name und Anschrift in Blockbuchstaben) | Unfallversicherungsträger <input type="checkbox"/> AUVA <input type="checkbox"/> BVA <input type="checkbox"/> VAEB | |
| Lärmpegel am Arbeitsplatz | | |
| Tätigkeit im Betrieb | | |

BEURTEILUNG

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Für Lärmarbeit geeignet <input type="checkbox"/> Geeignet mit vorzeitiger Nachuntersuchung <input type="checkbox"/> Nicht geeignet | nächste Untersuchung am (TT.MM.JJ) | Unterschrift und Stempel der ermächtigten Ärztin/ des ermächtigten Arztes |
|---|------------------------------------|--|