

EINWIRKUNG DURCH HAND-/ARM-VIBRATIONEN

Blatt 1
F
Datum . . .

UNTERSUCHUNG gemäß der Verordnung
über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz

Betrieb (Firmenname)	
Adresse (PLZ/Ort/Straße/Hausnummer)	
Name/Vorname	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich
Geburtsname	Vers.-Nr. Geburtsdatum (TT/MM/JJ)
Wohnadresse (PLZ/Ort/Straße/Hausnummer)	
Untersuchende(r) Ärztin/Arzt (Stempel oder Name und Anschrift in Blockbuchstaben)	Versicherungsträger <input type="checkbox"/> BVA <input type="checkbox"/> AUVA <input type="checkbox"/> SVB <input type="checkbox"/> VAEB
Tätigkeit im Betrieb	Vibrationsbelastung

BEURTEILUNG

O.g. Arbeitnehmer/in wurde wegen Hand/Arm-Vibrationsbelastung nach § 51 ASchG untersucht.	Nächste Unters. am (TT/MM/JJJJ)	Unterschrift der ermächtigten Ärztin/ des ermächtigten Arztes
---	---------------------------------	---

ANAMNESE/ZWISCHENANAMNESE

Gravidität <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Medikamente Welche Medikamente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nikotin <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> bis 20/d <input type="checkbox"/> über 20/d	Nichtraucher seit (JJJJ)
Vaskuläre / Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. PAVK)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche
Neurologische Erkrankungen (z.B. CTS)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Orthopädische Erkrankungen (z.B. HWS)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Verletzungen Wirbelsäule / obere Extremitäten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diab. mell.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Pulmonale Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Auffällige Familienanamnese	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

BESCHWERDEN

	nein	selten	oft	seit JJJJ		nein	selten	oft	seit JJJJ	Sonstige Beschwerden
Allgemeines Kältegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kalte Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Steifigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kalte Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anfälle mit Weißfärbung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Taubheitsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anfälle mit Blaufärbung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kribbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anfälle mit Rotfärbung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Brennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Auftreten im Winter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					Auftreten im Sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Auswirkungen auf die Arbeitsausführung										

BISHERIGE TÄTIGKEITEN MIT HAND-/ARMBIBRATIONEN (incl. Nebenerwerb)

Betrieb	von	bis	Art der Tätigkeit/Gerät	Jahre
Jahre gesamt				

EINWIRKUNG DURCH HAND-/ARM-VIBRATIONEN

Blatt 2	
F	
Datum	
.	.
Name/Vorname	Vers.-Nr. Geburtsdatum (TT/MM/JJ)

UNTERSUCHUNG gemäß der Verordnung
über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz

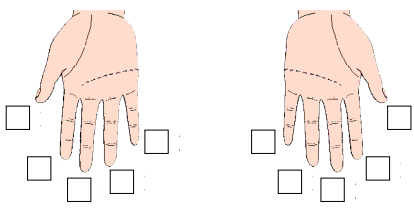
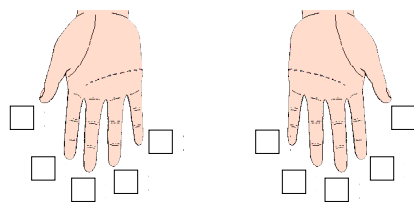
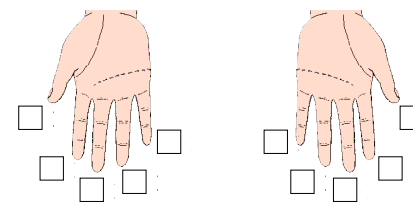
ARBEITSANAMNESE

Antivibrations-Griffe	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Antivibrations-Handschuhe	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Art
Beheizte Griffe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zusatzpausen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dauer (min/Tag)
Kälte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aufenthaltsraum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Nässe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sicherheitsschuhe (Kälteschutz)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

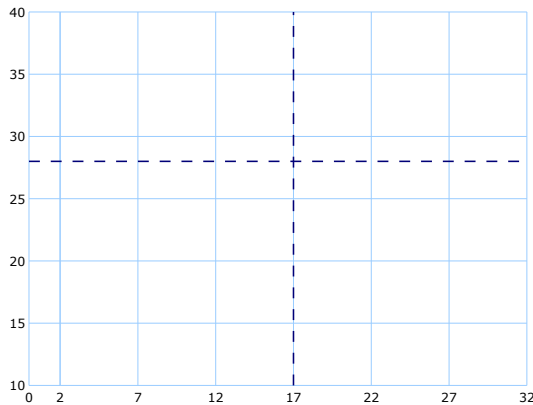
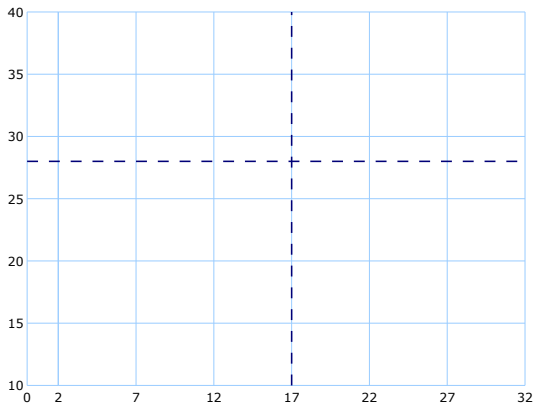
UNTERSUCHUNG

Blutdruck	rechts /	links /	Radialis-Puls	rechts <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Auffällig	links <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Auffällig																																																																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">rechts</th> <th colspan="3">links</th> </tr> <tr> <th>keine</th> <th>gering</th> <th>deutlich</th> <th>keine</th> <th>gering</th> <th>deutlich</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Nackengriff</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Gesäßgriff</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Arm-Abduktion</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ellbogengelenk</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Faustschluss</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Daumen-Pronation</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Grobe Handkraft</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Feinmotorik</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>				rechts			links			keine	gering	deutlich	keine	gering	deutlich	Nackengriff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gesäßgriff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arm-Abduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ellbogengelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faustschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Daumen-Pronation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grobe Handkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Feinmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">rechts</th> <th colspan="3">links</th> </tr> <tr> <th>keine</th> <th>gering</th> <th>deutlich</th> <th>keine</th> <th>gering</th> <th>deutlich</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Kopf-Flexion</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Kopf-Extension</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Kopf-Rotation</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Kopf-Lateralflexion</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>				rechts			links			keine	gering	deutlich	keine	gering	deutlich	Kopf-Flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopf-Extension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopf-Rotation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopf-Lateralflexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	rechts			links																																																																																																															
	keine	gering	deutlich	keine	gering	deutlich																																																																																																													
Nackengriff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																													
Gesäßgriff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																													
Arm-Abduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																													
Ellbogengelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																													
Faustschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																													
Daumen-Pronation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																													
Grobe Handkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																													
Feinmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																													
	rechts			links																																																																																																															
	keine	gering	deutlich	keine	gering	deutlich																																																																																																													
Kopf-Flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																													
Kopf-Extension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																													
Kopf-Rotation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																													
Kopf-Lateralflexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																													
Hautfarbe			<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> Akrocyanose	<input type="checkbox"/> Rötung	<input type="checkbox"/> Blässe																																																																																																													
Fingernägel			<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> Auffällig																																																																																																															
BEMERKUNGEN bzw. kurze Beschreibung der Auffälligkeiten																																																																																																																			

LOKALISATION

Finger mit Auffälligkeiten	Exponierte Finger	Finger mit Beschwerden
		

KÄLTEPROVOKATIONSTEST

Uhrzeit	Raumtemperatur	Letzte Mahlzeit/Zigarette/Medikamente vor (in Stunden): / /
Bemerkung:		
Rechte Hand		Linke Hand
		

EINWIRKUNG DURCH HAND-/ARM-VIBRATIONEN

Blatt 1

UNTERSUCHUNG gemäß der Verordnung
über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz

F

Datum

. . .

Betrieb (Firmenname)	
Adresse (PLZ/Ort/Straße/Hausnummer) /	
Name/Vorname	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich
Geburtsname	Vers.-Nr. Geburtsdatum (TT/MM/JJ)
Wohnadresse (PLZ/Ort/Straße/Hausnummer) /	
Untersuchende(r) Ärztin/Arzt (Stempel oder Name und Anschrift in Blockbuchstaben)	Versicherungsträger <input type="checkbox"/> BVA <input type="checkbox"/> AUVA <input type="checkbox"/> SVB <input type="checkbox"/> VAEB
Tätigkeit im Betrieb	Vibrationsbelastung

BEURTEILUNG

O.g. Arbeitnehmer/in wurde wegen Hand/Arm-Vibrationsbelastung nach § 51 ASchG untersucht.	Nächste Unters. am (TT/MM/JJJJ)	Unterschrift der ermächtigten Ärztin/ des ermächtigten Arztes
---	---------------------------------	---