



September 2018

Ihr Zeichen:

Unser Zeichen:
BR/RMT

Barbara Reuhl
Arbeitsschutzpolitik
0421 36301 991
reuhl@arbeiterkammer.
de

Abklärung Ihrer Kehlkopfkrebserkrankung als Berufskrankheit

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Arzt oder Ihre Ärztin hat bei Ihnen eine Kehlkopfkrebserkrankung festgestellt. Kehlkopfkrebs kann beruflich verursacht sein. Deshalb bieten wir Ihnen an, anhand des folgenden Fragebogens zu ermitteln, ob es sich bei Ihrer Erkrankung um eine Berufskrankheit handelt.

Wichtig: Der Fragebogen soll Ihnen eine erste Selbsteinschätzung ermöglichen und ist nicht für die Weitergabe an Dritte bestimmt.

Wenn die Berufsgenossenschaft (BG) Ihre Erkrankung als Berufskrankheit anerkennt, kann sie ein Verletztengeld bei Arbeitsunfähigkeit auszahlen. Sie kann optimale Behandlung gewähren, evtl. eine Rente, auch noch Jahrzehnte nach der Tätigkeit und wenn längst Altersrente bezogen wird. Und sie hilft bei der gesundheitsgerechten Arbeitsplatzgestaltung an zukünftigen Arbeitsplätzen.

Eine Meldung bei der BG ist zu empfehlen, wenn Sie auf dem Fragebogen zutreffende Punkte finden. Auch wenn Ihr Arbeitgeber oder die BG eine regelmäßige Untersuchung (Arbeitsmedizinische Vorsorge) wegen einer Stoffbelastung für Sie eingeleitet hat, sollten Sie eine Berufskrankheiten-Anzeige stellen.

Die Meldung der Berufskrankheit kann bequem bei folgenden Stellen erfolgen:

- a) Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz
- b) Berufsgenossenschaften oder Unfallkassen

Körperschaft
des öffentlichen Rechts



Bürgerstraße 1
28195 Bremen

Tel. 0421.3 63 01-0
Fax 0421.3 63 01-89

info@arbeiterkammer.de
www.arbeiterkammer.de

Für weitere Informationen wenden Sie sich gerne an die
Beratungsstelle für Berufskrankheiten
Arbeitnehmerkammer Bremen
Tel: 0421 66950-36
Fax: 0421 66950-41
bk-beratung@arbeitnehmerkammer.de

Mit freundlichen Grüßen

Barbara Reuhl
Referentin für Arbeitsschutz- und Gesundheitspolitik

Anlagen: Fragebogen, Musteranschreiben an die Berufsgenossenschaft

1. Waren Sie in einem der folgenden Berufe tätig?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bauberufe | <input type="checkbox"/> Kfz-Mechaniker |
| <input type="checkbox"/> Brandschutztürenhersteller | <input type="checkbox"/> Kunststoffverarbeiter |
| <input type="checkbox"/> Bootsbauer | <input type="checkbox"/> Maler/Anstreicher/Lackierer |
| <input type="checkbox"/> Chemiarbeiter | <input type="checkbox"/> Maschinenbauer/-techniker |
| <input type="checkbox"/> Dachdecker | <input type="checkbox"/> Schiffsingenieur/Maschinist |
| <input type="checkbox"/> Elektriker | <input type="checkbox"/> Schlosser |
| <input type="checkbox"/> Feuerungsmaurer | <input type="checkbox"/> Schweißer |
| <input type="checkbox"/> Fliesen-, Platten-, und
Bodenleger | <input type="checkbox"/> Schiffbauer |
| <input type="checkbox"/> Flugzeugmechaniker | <input type="checkbox"/> Textilarbeiter |
| <input type="checkbox"/> Gleisbauer | <input type="checkbox"/> Tischler |
| <input type="checkbox"/> Hafenumschlagarbeiter | <input type="checkbox"/> Waggonbauer |
| <input type="checkbox"/> Instandhaltungspersonal | <input type="checkbox"/> Werftarbeiter |
| <input type="checkbox"/> Heizungsmonteur | <input type="checkbox"/> Zahntechniker |
| <input type="checkbox"/> Isolierer | <input type="checkbox"/> Zimmerer |
| <input type="checkbox"/> Korrosionsschutzwerker | |

Mein Beruf ist nicht aufgeführt, ich bin/ war

.....

2. Hatten Sie beruflich mit den folgenden Stoffen zu tun, selbst oder durch Nachbararbeitsplätze?

- Asbest
- Chromverbindungen/Chromate
- Nickelverbindungen
- Arsenverbindungen
- Steinkohlenteer, Steinkohlenöl
- Mineralöle, Ruße, Rohparaffine, Anthrazen
- Holz-, Lederstaub, Eichen-, Buchenholzstaub
- Pyrolyseprodukte (z.B. in der Kokerei, als Gaswerker, Schornsteinfeger, Asphaltarbeiter oder Dachdecker)
- Dioxine/PCB

– Bitte bewahren Sie den Fragebogen auf! –

Musteranschreiben zur Feststellung einer Berufskrankheit

– bitte bewahren Sie eine Kopie Ihres Schreibens auf! –

Absender/in:

Name, Vorname:

Straße:

PLZ/ Wohnort:

Geburtsdatum

An die Berufsgenossenschaft/Unfallkasse

Bitte prüfen Sie, ob es sich bei meiner Kehlkopf-Krebserkrankung um eine Berufskrankheit Nr. 4104 handelt.

Ich bin/war beschäftigt bei

Arbeitgeber

Anschrift

Ich habe folgende Tätigkeit ausgeübt:

Über die Erkrankung kann mein behandelnder Arzt/ meine behandelnde Ärztin

.....

Auskunft geben.

Mit diesem Schreiben entbinde ich meinen Arzt/ meine Ärztin von der Schweigepflicht in Bezug auf meine Krebserkrankung.

Mit freundlichen Grüßen

(Ort, Datum/ Unterschrift)