

Angaben zur Person/des Versicherten

Versicherungs-Nr. des Rentenversicherungsträgers

Tag	Monat	Jahr

Geburtsdatum

Arbeitsmedizinische  
Vorsorgeuntersuchung  
Untersuchungsbogen

LÄRM II

MAICO  
Ergänzungsuntersuchung

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					

Pflichtuntersuchung  
 Angebotsuntersuchung
  Erstuntersuchung
  Nachuntersuchung
  Untersuchung bei Beendigung der Tätigkeit

Angaben zum Arbeitsplatz

Arbeitsbereich:

Art der Tätigkeit:

Aufenthalt im Lärm:
  überwiegend
  Gelegentlich
  in wechselnden Bereichen

Tages-Lärmexpositionspegel:
  > 80-84 dB (A)
  85-89 dB (A)
  90-94 dB (A)
  95-100 dB (A)
  > 100 dB (A)

Spitzenschalldruckpegel:  $\approx$   dB (C)

Lärm ist:
  Mittel- bis Hochfrequent
  Deutlich tieffrequent

Gleichzeitige Exposition durch:
  ototoxische Substanzen 
  
 Ganzkörpervibrationen
  Hand-Arm-Vibrationen
   
 Gehörschutzstöpsel
  Kapselgehörschützer
  Keine Angaben

Bereitgestellter und verwendeter Gehörschützer (Typ/Fabrikat)

Anamnese

1. Dauer der Lärmpause vor dem Hörtest:  Stunden oder  Minuten

2. Bisherige Lärmexpositionszeit: beruflich  Jahre sonstige  Jahre durch

3. Ohroperation:  Nein  Ja, im Jahre  Art:

4. Menièreverdacht:  Nein  Ja

5. Ohrgeräusche:  Nein  ja

6. Rezidivierende Entzündungen am Außenohr:  Nein  Ja Art:

7. Hörsturz:  Nein  Ja, im Jahre

8. Subjektive Hörminderung:  Nein  ja

9. Kausale Genese und Entwicklung der Hörstörung, aufgetreten nach:
  Knall oder Explosion
  Schießlärm
  Schädeltrauma
  Ohroperation
  Infektionskrankheiten
 Sonstiges:

Beratung zum Gehörschutz

Der Gehörschützer lag vor  Ja  Nein



Der bereitgestellte Gehörschützer soll weiter benutzt werden  Ja  Nein

Festgestellte Mängel:

Verwendung folgender Gehörschützer: (Typ/Fabrikat)

Otoskopie

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

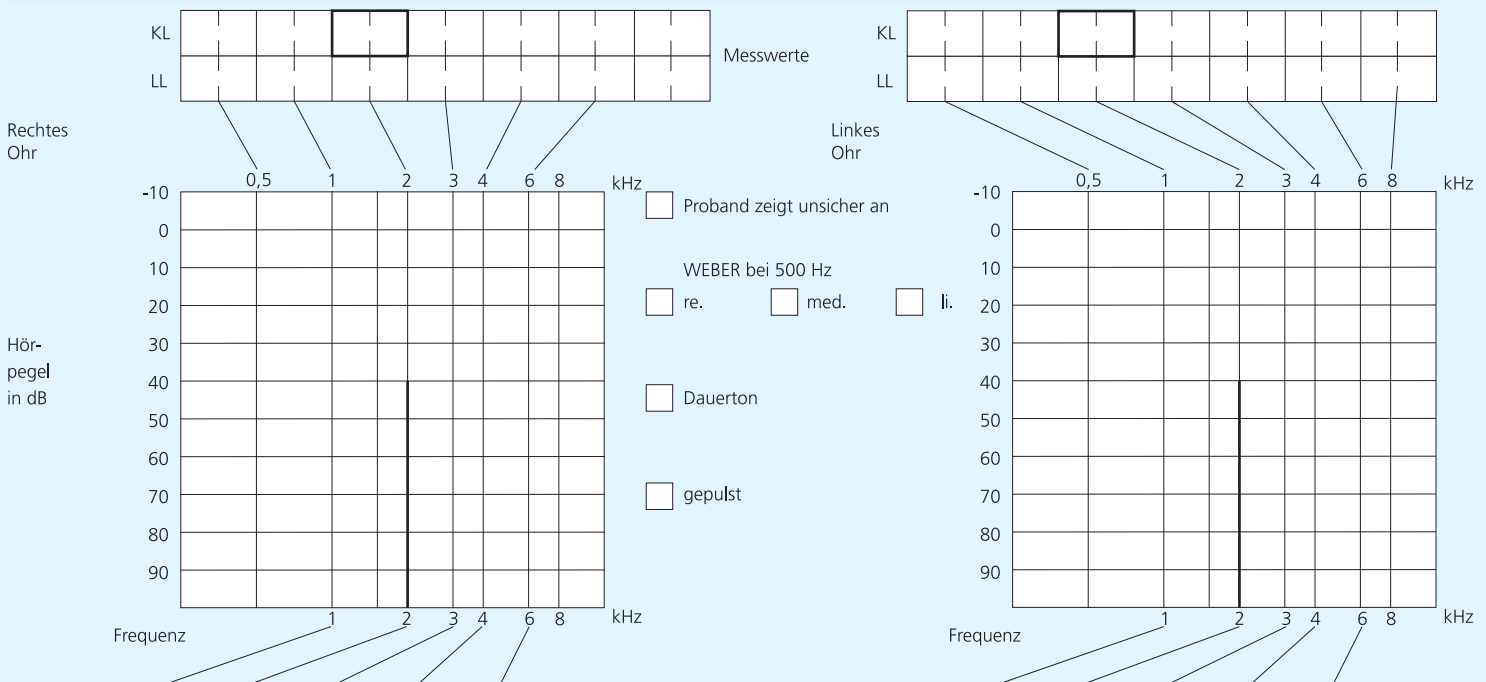
**Auswertung:  
Nachuntersuchung**

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

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

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

Audiogramm nach DIN 45627



Auswertung Erst- unter- suchung	Messwerte eintragen!							
	Bezugsgrenzwerte nach Tab. 1 eintragen							
	Überschreitungen ankreuzen!							

Bemerkungen:

**Beurteilung:**

Letzter Vorbefund vom

Untersuchung nach Lärm III erforderlich:

1. **Keine gesundheitlichen Bedenken**, nächste Untersuchungen in  Monaten als

Nein  Ja, Befund liegt vor (siehe Anlage)  
 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  Ja

2.4 Weitere Auflagen:

3. Dauernde gesundheitliche Bedenken  Ja

4. Befristete gesundheitliche Bedenken für  Monate

**Gründe:**

- 1. Deutliche Hörschlechterung
- 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:

Unterschrift/Stempel  
des beauftragten Arztes

Unter-  
suchende  
Stelle: