

# ANTRAG AUF FESTSTELLUNG EINER BERUFSSKRANKHEIT

## 1. Persönliche Angaben

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zur Berufstätigkeit

Beruf / Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_

Beschäftigungszeitraum: \_\_\_\_\_

## 3. Angaben zur Erkrankung

Art der Berufskrankheit: \_\_\_\_\_

Festgestelltes Datum der Erkrankung: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt / Institution: \_\_\_\_\_

## 4. Weitere Angaben

Hiermit beantrage ich die Feststellung einer Berufskrankheit gemäß den gesetzlichen Regelungen der Bundesrepublik Deutschland. Ich bestätige, dass die oben gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben rechtliche Konsequenzen haben können.

## 5. Unterschriften

**ANTRAGSTELLER**

**ÄRZTLICHE BESCHÄFTIGUNG**

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/antrag-berufskrankheit/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.  
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.  
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.