

# FORMLOSER ANTRAG AUF FESTSTELLUNG EINER BERUFSSKRANKHEIT

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

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

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

## **Versicherte/r:**

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse / Versicherung: \_\_\_\_\_

## **Arbeitgeber:**

Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

## **Beschäftigungszeitraum:**

Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

## **Angaben zur Berufskrankheit / Erkrankung:**

Hiermit beantrage ich die Feststellung einer Berufskrankheit. Die Erkrankung steht nach meiner  
Einschätzung im Zusammenhang mit meiner beruflichen Tätigkeit. Die Symptome traten erstmals auf am:

\_\_\_\_\_. Art der Erkrankung / Verdacht auf Berufskrankheit:

\_\_\_\_\_. Bisherige

ärztliche Behandlungen und Diagnosen:

\_\_\_\_\_. Weitere

relevante Angaben:

\_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller/in: \_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/formloser-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.