

Exemplar für die Arbeitgeberin/den Arbeitgeber

Firma

(Arbeitgeberin/Arbeitgeber)

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Ort)

Einwilligung zur Datenübermittlung

Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer

(Name, Vorname)

(ggf. Geburtsname)

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Ort)

(Rentenversicherungsnummer)

Mit der Weitergabe der für die Organisation der nachgehenden Vorsorge erforderlichen Unterlagen gemäß § 5 Abs. 3 der Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) vom 24.12.2008 an den zuständigen Unfallversicherungsträger

(Zuständiger
Unfallversicherungsträger)

(Postleitzahl, Ort)

(Mitgliedsnummer)

und an den von ihm beauftragten Organisationsdienst für nachgehende Untersuchungen (ODIN, c/o Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie, Kurfürstenanlage 62, 69115 Heidelberg) bin ich einverstanden.

Die nachfolgenden „Informationen zur Meldung an den Organisationsdienst für Personen mit Gefahrstoffexposition“ inkl. des beispielhaft abgedruckten Meldebogens habe ich erhalten. Umfang und Zweck der Speicherung meiner Daten sind mir dadurch bekannt. Ich habe weiterhin zur Kenntnis genommen, dass mir gemäß § 83 des Sozialgesetzbuches X auf Antrag Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Sozialdaten zu erteilen ist.

.....
Ort / Datum

.....
(Unterschrift Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer)

Exemplar für die Arbeitnehmerin/den Arbeitnehmer

Firma

(Arbeitgeberin/Arbeitgeber)

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Ort)

Einwilligung zur Datenübermittlung

Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer

(Name, Vorname)

(ggf. Geburtsname)

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Ort)

(Rentenversicherungsnummer)

Mit der Weitergabe der für die Organisation der nachgehenden Vorsorge erforderlichen Unterlagen gemäß § 5 Abs. 3 der Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) vom 24.12.2008 an den zuständigen Unfallversicherungsträger

(Zuständiger
Unfallversicherungsträger)

(Postleitzahl, Ort)

(Mitgliedsnummer)

und an den von ihm beauftragten Organisationsdienst für nachgehende Untersuchungen (ODIN, c/o Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie, Kurfürstenanlage 62, 69115 Heidelberg) bin ich einverstanden.

Die nachfolgenden „Informationen zur Meldung an den Organisationsdienst für Personen mit Gefahrstoffexposition“ inkl. des beispielhaft abgedruckten Meldebogens habe ich erhalten. Umfang und Zweck der Speicherung meiner Daten sind mir dadurch bekannt. Ich habe weiterhin zur Kenntnis genommen, dass mir gemäß § 83 des Sozialgesetzbuches X auf Antrag Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Sozialdaten zu erteilen ist.

.....
Ort / Datum

.....
(Unterschrift Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer)

Organisationsdienst für nachgehende Untersuchungen (ODIN)

Informationen zur Meldung an den Organisationsdienst für Personen mit Gefahrstoffexposition

Nach einem internationalen Übereinkommen¹⁾ und der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge²⁾ sowie der früheren Unfallverhütungsvorschrift „Arbeitsmedizinische Vorsorge“³⁾ ist sicherzustellen, dass sich Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer auch **nach** einer Tätigkeit mit Exposition gegenüber krebserzeugenden bzw. erbgutverändernden Gefahrstoffen unter gewissen Voraussetzungen arbeitsmedizinischer Vorsorge unterziehen können.

Diesen Service der sogenannten **nachgehenden Vorsorge** haben die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung übernommen und hierfür den

Organisationsdienst für nachgehende Untersuchungen (ODIN)
Postfach 10 14 80, 69004 Heidelberg
Telefon (06221) 5108 2920 -1 bis -3

geschaffen und mit der Organisation der nachgehenden Vorsorge beauftragt. Die Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie hat diese Aufgabe übernommen und ODIN bei Ihrer Hauptverwaltung in Heidelberg eingerichtet.

Ihre Arbeitgeberin/Ihr Arbeitgeber wird Sie, wenn Sie zu dem betroffenen Personenkreis gehören, entweder über den für Sie zuständigen Unfallversicherungsträger oder über die *Datenbank zur zentralen Erfassung gegenüber Krebsstoffen exponierter Beschäftigter – Zentrale Expositionsdatenbank (ZED)* bei ODIN anmelden. Wie die Ihnen bekannten ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen durch Ihre Arbeitgeberin/Ihren Arbeitgeber während der Beschäftigung, dient auch die nachgehende Vorsorge durch die gesetzlichen Unfallversicherungsträger der speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorge, nun auch über das Berufsleben hinaus.

Solange Sie in Ihrem Unternehmen bleiben, wird von dort die erforderliche Vorsorge veranlasst und zwar auch dann, wenn Sie in einen anderen Betriebsbereich wechseln oder sich die Kriterien Ihres Arbeitsplatzes hinsichtlich Ihrer Tätigkeit mit krebserzeugenden Gefahrstoffen geändert haben.

Wenn Sie aber das Unternehmen verlassen und uns dies von Ihrer Arbeitgeberin/Ihrem Arbeitgeber gemeldet worden ist, werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen und Ihnen -wenn die Voraussetzungen erfüllt sind- nachgehende Vorsorge anbieten. Wir empfehlen, hiervon Gebrauch zu machen, zumal weder Ihnen noch Ihrer Krankenkasse dadurch Kosten entstehen. Damit wir Sie problemlos erreichen können, bitten wir um eine kurze Mitteilung, falls sich Änderungen in Ihrer Privatadresse ergeben.

Aus dem nachfolgend beispielhaft abgedruckten Meldebogen können Sie alle Daten entnehmen, die zu Ihrer Person bei ODIN gespeichert werden. Mit dem Überlassen dieses Bogens wird die Forderung des § 204 Abs. 7 SGB VII erfüllt, nach der Sie vor der erstmaligen Speicherung Ihrer Sozialdaten über die Art der gespeicherten Daten, die speichernde Stelle (ODIN) und den Zweck der Datei zu unterrichten sind. Auf Antrag wird Ihnen zukünftig Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten sowie über den Zweck der Speicherung erteilt (§ 83 SGB X).

Haben Sie noch Fragen? Schauen Sie gerne auf unsere Homepage www.odin-info.de oder rufen Sie uns an.

¹⁾ Übereinkommen Nr. 139 der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) vom 24. Juni 1974 über die Verhütung und Bekämpfung der durch krebserzeugende Stoffe und Einwirkungen verursachten Berufsgefahren, das durch Gesetz vom 13. Mai 1976 (BGBl II 1976, S. 577) zu deutschem Recht wurde.

²⁾ Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) vom 18. Dezember 2008, die am 24.12.08 in Kraft getreten ist.

³⁾ Unfallverhütungsvorschrift „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ (BGV A 4) vom 01.10.1984 in der jeweils geltenden Fassung

Für die Versicherte/den Versicherten

(Bitte aufbewahren)

ANMELDUNG

B

beim Organisationsdienst für
nachgehende Untersuchungen

ODIN

Versicherungs-Nr. beim Rentenversicherungsträger T T M M J J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Geburtsdatum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		"Krebserzeugende Gefahrstoffe"	
Familienname		Vorname			
Geburtsname		Akad. Grad/Titel			
Straße, Hausnr.		Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>			
PLZ / Ort		Staatsangehörigkeit			
Einstellung am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (T T M M J J J J)		Personal-Nr.			

Mitglieds-Nr. des Unternehmens beim Unfallversicherungsträger <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		UV-Träger
Anschritt des Unternehmens		
Straße / Postfach		
PLZ / Ort		

Angaben zur Tätigkeit (Bei mehr als 3 Gefahrstoffen: Bitte weiteren Anmeldebogen benutzen - hier klicken)	
Exposition	Beginn am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (T T M M J J J J)
Arbeitsbereich	
Gefahrstoff	Tätigkeit (3)
Exposition	Beginn am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (T T M M J J J J)
Arbeitsbereich	
Gefahrstoff	Tätigkeit (3)
Exposition	Beginn am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (T T M M J J J J)
Arbeitsbereich	
Gefahrstoff	Tätigkeit (3)

Wer führt die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung durch?	Ärztin/Arzt, Institution	<input type="text"/>
	Straße / Postfach	<input type="text"/>
	PLZ / Ort	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Angaben zu früherer Tätigkeit mit krebserzeugenden Gefahrstoffen	
Exposition	Beginn am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (T T M M J J J J) - soweit bekannt Ende am <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gefahrstoff	Im meldenden Betrieb <input type="checkbox"/> In einem anderen Betrieb <input type="checkbox"/>