

Quelle: <https://www.arbeitssicherheit.de//document/767687b1-8fac-3405-85e2-1410a38320dd>

Bibliografie	
Titel	Verordnung über die Mitteilungspflichten nach § 16e des Chemikaliengesetzes zur Vorbeugung und Information bei Vergiftungen (Gif tinfor mationsverordnung - ChemGif tInfoV)
Amtliche Abkürzung	ChemGif tInfoV
Normtyp	Rechtsverordnung
Normgeber	Bund
Gliederungs-Nr.	8053-6-10

Anlage 3 ChemGif tInfoV - Anlage (zu [§ 3 Abs. 1](#))

Bitte deutlich lesbar ausfüllen.

An das
 Bundesinstitut für Risikobewertung
 Dokumentations- und Bewertungs-
 stelle für Vergiftungen

--	--

Originalstempel,

Tel.-Nr. und

Unterschrift des Arztes

Postfach 12 69 42

10609 Berlin

Mitteilung bei Vergiftungen

nach [§ 16e Abs. 2 des Chemikaliengesetzes](#)

BfR: Telefon: +49 30 18412-3460, Fax: +49 30 18412-3929, E-Mail: giftdok@bfr.bund.de

1.

Alter	Jahre	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Schwangerschaft:
-------	-------	-----------------------------------	-----------------------------------	------------------

Ja

Monate (bei Kindern unter 3 Jahren)

Nein

Freiwillig auszufüllen

2.	<input type="checkbox"/> Vergiftung	<input type="checkbox"/> Verdacht
----	-------------------------------------	-----------------------------------

2.	<input type="checkbox"/> Vergiftung	<input type="checkbox"/> Verdacht	
----	--	--	--

Unbedingt Handelsname des Gemischs/des Biozid-Produkts oder Stoffname, aufgenommene Menge und Hersteller (Vertreiber) angeben;
gegebenenfalls vermutete Ursache

3.	Exposition:	<input type="checkbox"/> akut	<input type="checkbox"/> chronisch		
----	--------------------	-------------------------------	------------------------------------	--	--

oral inhalativ Haut Auge(n) Sonstiges welche?

Ätiologie:	<input type="checkbox"/> akzidentell (Unfall)	<input type="checkbox"/> gewerblich	<input type="checkbox"/> Verwechslung	
-------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------	--

suizidale Handlung Abusus Umwelt Sonstiges

Ort: Arbeitsplatz im Haus Schule
 Kindergarten im Freien Sonstiges

Labornachweis: Ja Nein

Behandlung: keine ambulant stationär

Verlauf: nicht bekannt vollständige Heilung Defektheilung Tod
 Spätschäden (nicht auszuschließen)

Freiwillig auszufüllen

4. Symptome/Verlauf (stichwortartig) ggf. anonymisierte Befunde, Epikrise(n)
