



Untersuchungsauftrag, gleichzeitig Kostenübernahmeerklärung arbeitsmedizinische Vorsorge:

Arbeitgeber	
Firma	Ansprechpartner
Straße, Hausnummer	Telefon
PLZ, Ort	E-Mail
<p>Hiermit beauftragen wir Dr. T. Berger - Zentrum für Reise- und Betriebsmedizin mit der Durchführung nachfolgender Untersuchungen und sichern gleichzeitig die Kostenübernahme zu. Bei einwilligungspflichtigen Untersuchungen (z.B. Eignungsuntersuchungen) wurde das Einverständnis des jeweiligen Mitarbeiters eingeholt. Rechnungsstellung erfolgt an nebenstehende Adresse, gem. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Eine orientierende Honorarübersicht kann per email an praxis@berger-gesundheitsschutz.de angefordert werden. Nach Möglichkeit sollte die Gefährdungsbeurteilung zur Vorsorge mitgebracht werden.</p>	
Ort, Datum	Unterschrift des Arbeitgebers
	Firmenstempel

Art der Vorsorgeuntersuchung gem. ArbMedVV:

Vorsorgeanlass	ehemals	Eignung	ehemals
<input type="checkbox"/> Infektionsgefährdung	G42	<input type="checkbox"/> Schwerer Atemschutz	G26.3
<input type="checkbox"/> Feuchtarbeit/Hautgefährdung	G24	<input type="checkbox"/> FeV LKW-Führerschein	
<input type="checkbox"/> Lärmexposition	G20	<input type="checkbox"/> Absturzgefährdung	G4I
<input type="checkbox"/> Auslandstätigkeiten	G35	<input type="checkbox"/> Fahr-/Steuertätigkeit	G25
<input type="checkbox"/> Bildschirmarbeit	G37		
<input type="checkbox"/> Sonstige			

Mitarbeiterdaten:

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Privatanschrift:
Telefonnummer des Mitarbeiters:
Tätigkeit: