DR. MED. TIL BERGER
ZENTRUM FÜR REISE- UND BETRIEBSMEDIZIN

Untersuchungsauftrag, gleichzeitig Kostenübernahmeerklärung arbeitsmedizinische Vorsorge/Eignung:

Arbeitgeber	
Firma	Ansprechpartner
Straße, Hausnummer	Telefon
PLZ, Ort	E-Mail

Hiermit beauftragen wir Dr. T. Berger - Zentrum für Reise- und Betriebsmedizin mit der Durchführung nachfolgender arbeitsmedizinischer Vorsorgen/ Eignung und sichern gleichzeitig die Kostenübernahme zu. Bei einwilligungspflichtigen Untersuchungen (z.B. Eignungsuntersuchungen) wurde das Einverständnis des jeweiligen Mitarbeiters eingeholt. Rechnungsstellung erfolgt an obenstehende Adresse. Die Kostenübersicht (unter https://berger-gesundheitsschutz.de/downloads/) nehmen wir zur Kenntnis und akzeptieren sie. Die aktuelle Gefährdungs-beurteilung wird zur Vorsorge mitgebracht.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Arbeitgebers

Firmenstempel

Art der Vorsorgeuntersuchung gem. ArbMedVV (bitte ankreuzen):

Vorsorgeanlass	ehemals	Eignung	ehemals
○ Infektionsgefährdung	G42	○ Schwerer Atemschutz	G26.3
○ Feuchtarbeit/Hautgefährdung	G24	○ FeV LKW-Führerschein	
○ Lärmexposition	G20	○ Absturzgefährdung	G4l
○ Auslandstätigkeiten	G35	○ Fahr-/Steuertätigkeit	G25
○ Bildschirmarbeit	G37		
○ Andere:			

Mitarbeiterdaten:

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