



Untersuchungsauftrag, gleichzeitig Kostenübernahmeerklärung arbeitsmedizinische Vorsorge/Eignung:

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 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.</p>	
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift des Arbeitgebers
	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; text-align: center; vertical-align: middle;">Firmenstempel</div>

Art der Vorsorgeuntersuchung gem. ArbMedVV (bitte ankreuzen):

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

Mitarbeiterdaten:

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