



Fragebogen zur arbeitsmedizinischen Betreuung

Sie benötigen eine betriebsärztliche Betreuung Ihres Unternehmens? Bitte geben Sie uns einige Informationen, um Ihnen einen entsprechenden Vorschlag machen zu können.

1. Betriebsdaten		
Betrieb/Firma		Anschrift
Ansprechpartner		Telefonnummer/E-Mail
Fachkraft für Arbeitssicherheit		Telefonnummer/E-Mail
Zuständige BG/ UV-Träger	Wirtschaftszweig (WZ)-Schlüssel	MitgliedsNr. beim UV-Träger
Arbeitsmedizinische Betreuung gewünscht ab:		

2. Geben Sie uns ein Bild, wie die Arbeit in Ihrem Betrieb aussieht
z.B. Büro, Werkstatt, Labor, Innen-/Außentätigkeit, Auslandsentsendung, Arbeitsbereiche, spezielle Gefährdungen

3. Mitarbeiterstruktur			
Gesamtzahl Mitarbeiter:	Administrativ:	Produktiv:	
Anzahl der Mitarbeiter mit Wochenarbeitszeit < 20h		Anzahl schwerbehinderte Mitarbeiter:	
Anzahl der Mitarbeiter mit Wochenarbeitszeit 20h – 30h		Anzahl Jugendliche (unter 18):	
Anzahl der Mitarbeiter mit Wochenarbeitszeit > 30h		WZ-Kennziffer (wird im Schreiben der BG mitgeteilt)	

4. Arbeitszeiten			
<input type="radio"/> Normalarbeitszeit	<input type="radio"/> Gleitzeit	Schichtarbeit (z.B. 12 Std. Wechselschicht)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung		
Ehemals	Anlass	Erforderliche Anzahl pro Jahr
G20	Lärm	
G24	Hautbelastung	
G35	Ausland	
G37	Bildschirmarbeit	
G42	Infektionsgefährdung	
	UV-Belastung Haut	
Andere:		



6. Eignungsuntersuchungen und ähnliche		
Ehemals	Anlass	Erforderliche Anzahl pro Jahr
	Einstellungsuntersuchung allgemein	
G25	Fahr-/Steuer-/Überwachungstätigkeit	
G41	Absturzgefährdung	
G26.3	Schwerer Atemschutz	
	Eignungsuntersuchung LKW gem. FeV	
	Untersuchungen gem. JugendarbeitsschutzG	
	Übernahmeunters. f. Auszubildende und/oder Zeitarbeitnehmer vor Übernahme in ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis	
	Vorsorge oder Eignungsuntersuchungen nach firmeneigenen Richtlinien	
	Vorsorge oder Eignungsuntersuchungen nach anderen staatlichen oder sonstigen Vorgaben	
Andere:		

7. Unterweisungen/Belehrungen		
Ehemals	Anlass	Erforderliche Anzahl pro Jahr
	Belehrung gem. IfSG §43 „Umgang mit Lebensmitteln“	
Andere:		

8. Weitere Angaben, sofern bekannt		
Anzahl Neueinstellungen pro Jahr:	Anzahl Begehungen pro Jahr:	
Wiedereingliederung pro Jahr:	Anzahl ASA-Sitzungen pro Jahr:	
Wurde bereits eine Gefährdungsbeurteilung erstellt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wurde die Gefährdungsbeurteilung nach Mutterschutzgesetz bereits erstellt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wurde die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen bereits erstellt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wird eine Vorsorgekartei geführt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ist ein geeigneter Raum für betriebsärztliche Sprechstunden vorhanden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Existiert ein BEM-Prozess und wird er eingehalten?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Existiert ein BGM?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sind eventuell Gesundheitsaktionen (Grippeimpfungen, Gesundheitstage u.ä.) gewünscht?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift