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

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	Arbeitsmedizinische Betreuung gewünscht ab:	MitgliedsNr. beim UV-Träger
Welche Standorte oder Betriebsteile sollen betreut werden?		

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

O Normalarbeitszeit O Gleitzeit	Schichtarbeit (z.B. 12 Std. Wechselschicht)? O Ja O Nein

5. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung

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

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

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?		O Ja	O Nein
Wurde die Gefährdungsbeurteilung nach Mutterschutzgesetz bereits erstellt?		O Ja	O Nein
Wurde die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen bereits erstellt?		O Ja	O Nein
Wird eine Vorsorgekartei geführt?		O Ja	O Nein
Ist ein geeigneter Raum für betriebsärztliche Sprechstunden vorhanden?		O Ja	O Nein
Existiert ein BEM-Prozess und wird er eingehalten?		O Ja	O Nein
Existiert ein BGM?		O Ja	O Nein
Sind eventuell Gesundheitsaktionen (Grippeimpfungen, Gesundheitstage u.ä.) gewünscht?		O Ja	O Nein

_____ _____

Ort, Datum Stempel, Unterschrift